Peritonitis diffusa
und
Peritonitis circumscripta.

Lane Medical Library

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 4. September 1869

von

Ladislas Lesser
aus Warschau.

OPPONENTEN:

S. H. Garfinkel, Dr. med.
Carl Ruge, Dr. med.
M. Ossowidzki, Dr. med.

BERLIN.
Druck von Gebrüder Grunert.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/peritonitisdiffu0000ladi

Motto: Man hat allen Grund anzunehmen, dass die diffuse Peritonitis vorzüglich bei miasmatischen Einwirkungen vorkommt.
(Roser, Handbuch der anat. Chirurgie.)

Es giebt gewisse Fragen, wie in der Geschichte so auch in den Naturwissenschaften, die von Zeit zu Zeit immer wieder auftauchen, um von Neuem discutirt und verfochten zu werden, die aber das Unglück haben, dass sie aus dem Zauberkreis, in welchen frühere Epochen sie gebannt, nicht herauskommen können.

Zu diesen Fragen der Zeit gehört, wie es mir scheint, auch das Gebiet der Entzündungen seröser Häute.

Nachdem die Ausbildung der plastischen Operationen der Chirurgie ein so mannigfaltiges Feld für die operative Thätigkeit gewonnen, nachdem die Aufstellung der Resektionen, vor Allem die subperiostale Ausführung derselben für die Behandlnng der Knochen- und der Gelenkkrankheiten von so überwiegender Bedeutung geworden, hat sich ein grosser Theil der Chirurgen mit Vorliebe der Behandlung der Krankheiten der serösen Häute und der darin eingeschlossenen Organe zugewandt, und zwar hauptsächlich den Erkrankungen des Bauchfells und der von demselben bedeckten Gebilde. —

Von so grosser Tragweite die Fesstellung bestimmter Normen auf diesem Gebiete werden muss, so bezeichnend der Eifer ist, mit dem man den Gegenstand behandelt, für die ausserordentliche Wichtigkeit der Sache, so glaube ich, werden wir, unseren jetzigen Anschauungen gemäss, nur dann wahre, positive Erfolge erzielen, wenn die klinische Erfahrung durch die Befunde des Sektionstisches und das streng wissenschaftliche Experiment von dem Zufälligen und Unwesentlichen befreit, in die Bahnen gelenkt wird, wo sie einzig und allein für die Wissenschaft massgebende Resultate liefern kann. Eine Reihe von Versuchen, die ich auf diesem Gebiete angestellt, ist leider für die Veröffentlichung noch nicht reif. Ich habe daher geglaubt, als an mich die Nothwendigkeit herantrat, eine Dissertation zu schreiben, durch Zusammenstellung einer

Reihe von Fällen und deren nähere Betrachtung vielleicht zu Ergebnissen zu gelangen, welche von Anderen weiter geprüft und an grösserem Material verglichen, den späteren Resultaten des Experiments eine dankenswerthe Ergänzung und Befestigung geben würden. Dass ich nicht an die Aneinanderreihung einer grösseren Zahl von Fällen, chirurgische Operationen in der Bauchhöhle betreffend, denken dürfte, wird jedem in dieser Spezialliteratur Bewanderten sofort klar sein. Denn vielleicht in keinem Gebiete kämpfen so viele schroffe Gegensätze um ihr Dasein, als hier. Kurzer Schnitt, langer Schnitt; Luftzutritt zum Peritoneum, kein Luftzutritt; Metallfäden, Seidenfäden; Mitfassen des Peritoneum bei der Nath, nicht Mitfassen desselben u. s. f. und nun gar die Behandlung des Stiels bei der Exstirpation entarteter Ovarien. Endlich aber müssen uns die oft so heterogenen therapeutischen Massnahmen nach der Operation, die oft so seltsamen Behandlungsweisen der folgenden Peritonitis belehren, dass es sich hier um blosse Erfahrungssätze handle, denen leider öfters ein zu geringes Erfahrungsmaterial zu Grunde liegt. —

Ich hätte vielleicht von einer andern Richtung her die Resultate der Entzündung des Bauchfells prüfen können, etwa durch Betrachtung der verschiedenen Versuchsreihen an Thieren, die mit Eröffnung der Bauchhöhle verbunden waren. Allein unter den Tausenden von Experimenten, die zur Lösung theils physiologischer, theils pathologischer Fragen angestellt worden an den verschiedenen Organen in der Bauchhöhle, nehmen wir die wenigsten Rücksicht auf die Reaktion, welche das Bauchfell hierbei geäussert; und wenn es geschieht, so haben wir es hier ebenso mit blossen Erfahrungssätzen zu thun, die um so weniger brauchbar sind, als den Experimentatoren ihre spezielle Aufgabe mehr gelten musste, als das Leben des Versuchsthieres, als die streng klinische Beobachtung des Krankheitsverlaufes der Peritonitis. — So glaubte ich dort am besten den Angriffspunkt für meine Betrachtungen zu finden, wo der Tod, dieser strengste aller Kritiker, bereits sein Urtheil gesprochen, wo die nüchterne Aufrichtigkeit des Sektionsprotokolles, nichts hinzusetzend und nichts verschweigend, den Thatbestand meldet, so wie er wirklich vorgelegen.

Herrn Prof. Virchow, der mit That und Rath mich bei meinen Arbeiten auf eine so freundliche Weise ermunterte, sage ich hiermit meinen wärmsten, aufrichtigsten Dank.

Ich habe einige 70 Berichte aus den Sektions-Journalen des Berl. patholog. Instituts vom Jahre 1868 zusammengestellt. Dieselben umfassen nicht nur die Fälle, wo die Affektion des Peritoneums als vorwiegend verzeichnet sich findet, sondern auch Fälle, welche ich als für unsere Betrachtungen lehrreich hinzufügen zu müssen glaubte. —

Dass ich gerade den Jahrgang 1868 gewählt, ist mehr Zufall, indem ich ursprünglich auch frühere Jahrgänge mit anzuschliessen beabsichtigte.

Das Uebermass jedoch an Material für den engen Rahmen einer Dissertation, welches sich dann ergeben würde, sowie die Kürze der Zeit, welche dem Studirenden der letzten Semester das Riesenwerk der gesammten Medizin in einem Oktavband zu bieten pflegt, hielten mich von meinem Vorhaben inzwischen ab. —

Man kann nicht verlangen, dass die Mittheilung der Berichte eine vollständige sei. Nur der Befund der Bauchhöhle kann hier eine genauere Berücksichtigung finden. — Während ich gesucht habe, diesen Befund so viel wie möglich dem Wortlaut des Sektionsprotokolles entsprechend zu geben, um selbst den Schein eigener Zuthaten nicht aufkommen zu lassen, so kann von dem Zustande anderer Körperbezirke nur dann eine nähere Beschreibung mitgetheilt werden, wenn sie bei Aufstellung der aetiologischen Momente behülflich oder zur Beurtheilung des Falles im Ganzen nöthig sein sollte. —

Endlich aber muss ich im Voraus bemerken, dass eine Sonderung der Fälle, je nachdem sie chronisch oder akut verlaufen, mir nicht geboten erschien. Ebenso halte ich eine Eintheilung der Erkrankungen des Peritoneums nach den verschiedenen bis jetzt festgehaltenen Arten der Peritonitis so lange für unzulässig, so lange diese Erkrankungen nicht nach Ursache, Ausgangspunkt, Verlauf und räumlicher Ausbreitung bestimmt präzisirt, in ihren Uebergängen in einander oder in der gegenseitigen Ausschliessung genauer geprüft sein werden. Wenn in so manchen Fällen die Anwesenheit von Eiter in der Bauchhöhle schon genügt, um schlechtweg die Diagnose einer peritonitis supp. zu sichern, wenn selbst tüchtige Operateure in wissenschaftlichen Berichten von „exsudativer“ Peritonitis ungestraft sprechen dürfen (man könnte mit eben dem Rechte eine peritonitis angiectatica, eine peritonitis hyperaemica unterscheiden), so mögen diese Beispiele meine obige Behauptung nur bekräftigen.

Statt daher unsere Fälle in ein künstliches, zum Theil auf blosse Annahmen gestütztes System einzuzwängen, habe ich es für gerathener gehalten, eine Eintheilung zu machen, welche vom topographischen Standpunkte ausgehend, wie er sich aus der Betrachtung des locus primae affectionis ergiebt, vielleicht für den jetzigen Stand der Angelegenheit die am meisten entsprechende sein dürfte. — Freilich mag diese Eintheilung, wie eine jede, die auf äusserliche Momente sich gründet, ihre Mängel haben, wie ich mir wohl bewusst bin. Ich halte sie aber fest, weil sie mir für jetzt als die einfachste und natürlichste erscheint, weil ihre Hauptabtheilungen ohngefähr den klinischen Begriffen entsprechen, nach welchen die Kranken je nach der Art der Affektion bald auf chirurgischen, bald auf inneren oder auf gynäkologischen und geburtshilflichen Kliniken zur Beobachtung kommen und daher vorläufig leicht in die betreffenden Rubriken eingereiht werden können. —

Absehend von dem genetischen als auch von dem descriptiv-anato-

mischen Standpunkte, möchte ich für die Begrenzung des vom Bauchfell eingeschlossenen Raumes, für die Bauchhöhle, folgende Wände (natürlich alle vom Bauchfell überzogen gedacht) unterscheiden:

A. Aeussere Wände.

Haut-, Muskel- und Knochen-System an Bauch und Rücken.

B. Innere Wände.

I. Mit der Aussenwelt in direkter Kommunikation:
   a) Darm,
   b) Blase mit Harnleitern und Nierenbecken,
   c) Uterus mit seinen Adnexen.

II. Mit der Aussenwelt nicht in direkter Kommunikation:
   a) Leber, Milz, Nieren, Nebennieren, Pankreas,
   b) Zwerchfell,
   c) Aorta abd., V. cava und die grösseren von ihnen abgehenden Gefässe. — Retroperitoneale Lymphdrüsen. —

Anhang. Netz und die Mesenterien, mit ihren Gefässen.

Natürlich kann hier von einer mathematisch genauen Begrenzung der einzelnen Wände nicht die Rede sein; allein welcher Reizungsprozess als solcher liesse sich überhaupt durch lineäre Figuren umzeichnen? —

Man wird mit Recht einwenden können, wohin ich wohl die Fälle von Hernien zählen würde, wenn solche zur Peritonitis Veranlassung geben sollten. Dieser Einwand ist berechtigt und wichtig genug, um ihn im Voraus in's Klare zu bringen. — Wir haben es hier einmal mit dem Bruchsack zu thun, also gewöhnlich mit einer Ausstülpung oder einem Adnex des Parietalblattes des Peritoneum. Auf der anderen Seite kommt der Bruchinhalt in Frage, für unsere Fälle wohl meist eine incarcerirte Schlinge. Es muss zugegeben werden, dass die Hernien, als Ausgangspunkt, für peritonitis, hiermit gleichsam auf der Grenze stehen müssten zwischen den Affektionen, welche von den äusseren und denen, welche von den inneren Wänden ausgehen. — Ich glaube jedoch, dass es einfacher, und auch wiederum der klinischen Praxis entsprechender sein dürfte, die incarcerirten Hernien so lange zu der Abtheilung der inneren Wände zu rechnen, so lange der Bruchsack uneröffnet bleibt. Hier spielen die Veränderungen an dem eingeklemmten Darmstück die erste Rolle. — Ist der Bruchsack durch die Kunst eröffnet, tritt, was die Hauptsache ist, eine direkte Kommunikation zwischen Aussenwelt und peritoneum ein, so wird der Zustand des Bruchsackes unsere Aufmerksamkeit in höherem Grade in Anspruch nehmen und wir werden den Fall, falls peritonitis eintritt, wohl meist denjenigen anzureihen haben, welche nach Verletzung der äussern Wände der Bauchhöhle entstehen. Auszunehmen wären natürlich auch die Fälle von Spätoperation, wo bald nach derselben, ehe

im Bruchsack noch eine Reaktion überhaupt hat stattfinden können, an der eingeklemmt gewesenen und nun reponirten Schlinge Nekrose der Wand, meist im Bereich der Strangulationsmarke eintritt, mit Perforation von Kothinhalt in die Bauchhöhle. Wir werden Gelegenheit haben, solchen Verlauf ein Paar mal unter der Rubrik der inneren Wände näher zu betrachten. — Für diejenigen Zustände ferner, wo z. B. eine incarcerirte Schlinge nach aussen allmälig perforirt und so eine Kothfistel entsteht, aber durch vorherige Bildung von Adhäsionen die Peritonealhöhle von dem Luftzutritt abgeschlossen ist, dürfte eine Betrachtung des Falles, einfach unter der primären Rubrik der vom Darm ausgehenden Affektionen, das Zweckmässigste sein. — Ebenso gehören natürlicherweise hierher alle inneren Brüche, sowie sonstigen Einklemmungen des Darmes. — Allgemein also geschieht die Eintheilung hier ohngefähr, wie bei der prognostischen Betrachtung von Knochenbrüchen oder von Gelenkaffektionen, wo man, je nachdem, dieselben als einfache oder als complicirte ansieht.

Krittelnde Gemüther könnten mich ferner interpelliren wegen der Einreihung der grossen drüsigen und drüsenartigen Organe unter die Abtheilung der nicht direkt mit der Aussenwelt in Berührung kommenden Wände. Ich bitte aber vorerst zu berücksichtigen, dass es sich hier um die serösen Ueberzüge dieser Organe handelt. — Ich bin weit davon entfernt, zu läugnen, dass ein von der Urethra oder der Blase ausgegangener pyelonephritischer Prozess sich nicht auf die Niere selbst, auf die Tubuli recti fortsetzen sollte. Warum sollte ich nicht zugeben, dass einmal eine phantastische Ascaris vom Dünndarm aus in den Ductus choledochus hineinkriechen könnte. — Die Affektionen der serösen Ueberzüge der angeführten Organe hängen aber, wenn ein solcher Zusammenhang überhaupt nachgewiesen werden kann (gewisse Fälle von akuter diffuser Peritonitis scheinen dafür zu sprechen, dass hier akute Perihepatitis, Perisplenitis, Perinephritis u. s. f. vorliegen) mit den Erkrankungen der Gewebe dieser Organe zusammen, wo die reizenden Stoffe wohl in der Regel nicht direkt, sondern mittelbar durchs Blut den Parenchymen zugeführt worden. — Anders ist es bei der Darmwand z. B., wo mit jedem Schlingakt fremde Stoffe aus der Aussenwelt derselben zugeführt werden können. —

Wenn ich also auf diese Weise selbst die Mängel meiner Klassifikation erkenne, so hoffe ich doch, dass sie dem Kliniker wie dem operirenden Chirurgen schon durch das Gefühl als berechtigt sich ergeben muss. Denn wahrlich wird für letzteren eine Bauchwunde sicherlich ein anderes Interesse haben, als eine Darmperforation oder eine Metroperitonitis. Und wenn ich nach dieser Eintheilung die Zusammenstellung der Sektionsbefunde versuche, so wünsche ich, dass dieselben Jedem als übersichtlich geordnet erscheinen mögen.

A. Aeussere Wände.

Haut-, Muskel- und Knochensystem an Bauch und Rücken.

Fall 1*). L., Arbeitsmann, 24 J. [10./II.] [38.]

Kräftig gebaut, gute Hautfärbung. — Hernia inguin. indirect. dext. incarc. operata. — Ueber der Regio inguin. dextra eine $3^1/_2$" lange in der Richtung des Inguinalkanals verlaufende und direkt in denselben führende Incisionswunde. Auf dem Boden des Inguinalkanals liegt der pflaumengrosse rechte Hoden. Nach dem Scrotum zu endigt der Leistenkanal blind, nach oben zu gelangt man aus dem Bruchsack durch die innere Oeffnung des Leistenkanals in die Bauchhöhle. — Eine fibrinöseitrige missfarbige Schicht bedeckt die freiliegende Fläche des rechten Hodens; eine eben solche dicke Schicht liegt auf der unteren Wand des Bruchsackes. Auch die ganze innere Wandung des Leistenkanals ist gleichförmig von missfarbigen weichen Exsudatmassen überzogen. — Der retinirte Hoden zeigt ein sehr dichtes Gewebe, in seinem oberen Theil ist er intensiv hämorrhagisch durchtränkt. Mit der Epididymis ist ein Netzstrang durch alte Adhäsionen fest verwachsen, der nach innen in das grosse Netz sich fortsetzt. Auch er ist sehr missfarbig von graugrünlicher, theils schwärzlicher Farbe. In den abhängigen Theilen der Bauchhöhle sind mässige Mengen eines braunen Eiters, die in grösster Mächtigkeit in der Regio il. dextr. in der Umgebung der inneren Apertur des Leistenkanals und des missfarbenen Netzstranges sich finden. Unmittelbar nach innen vom letzteren liegt eine ganz frei bewegliche Dünndarm- (Ileum-) Schlinge, ihrerseits mit den dicksten Exsudatschichten überzogen. Darunter erscheint die Schlinge stahlblau, welche Färbung sich nach oben und nach unten scharf gegen die Umgebung absetzt. Innerhalb der stahlblauen Schlinge findet sich noch ein mittlerer Abschnitt durch eine Strangulationsrinne von dem übrigen Theil getrennt, wo die bläuliche Färbung durch eine hämorrhagische Tinction verdeckt ist. Innerhalb der strangulirten Stelle ist die Darmwand dick und fest, während die peripherischen Theile weniger dick sind als normal. Auch das betreffende Stück des Mesent. sieht schwarzroth aus und fühlt sich gleichfalls sehr dick, wie infiltrirt, an. — In der Bauchhöhle ausgedehnte, frische, fibrinöseitrige Verklebungsmassen zwischen den Contenta unter einander und zwischen ihnen und der Bauchwand. — Milz klein, schlaff, welk, Mesenterialdrüsen stark geschwollen und hyperplastisch. Trübung des Leberparenchyms und der Nierenrinde. — Magen- und Darmschleimhaut blass.

Der Fall ist an sich so klar, dass er eigentlich keiner weiteren Erläuterung bedürfte. Die missfarbige Beschaffenheit des Belages auf dem

---

*) Die Bruchzahl in der ersten Klammer am Anfang eines jeden Falles bedeutet $\left[\frac{\text{Tag}}{\text{Monat}}\right]$ der vorgenommene Sektion.

Die Bruchzahl in der zweiten Klammer, meist zwei- oder dreistellig, bedeutet [Nummer des Sektionsberichtes in dem Sektionsjournal des Berl. patholog. Instituts vom Jahre 1868

Hoden und der Bruchsackwand sowie der Zustand des mit der Epididymis verwachsenen Netzes, als auch die grösste Mächtigkeit des Exsudates in der Fossa iliaca, neben der hier besonders verzeichneten Dicke der Auflagerungen, zeigen uns deutlich den Weg, den die infektiösen Stoffe in die Bauchhöhle genommen, und so die vorhandene diffuse Peritonitis erzeugt haben. Dass der Prozess nicht etwa von der reponirten, und vielleicht nekrotischen, Schlinge ausgegangen, dafür spricht der starke Belag auf der Serosa des betreffenden Darmstückes, der den Gedanken von der Nekrose der entsprechenden Schlinge vollständig heben muss. — Die Schwellung und Hyperplasie der Mesenterialdrüsen, die Beschaffenheit der Milz, die hyperplastischen Trübungen des Leberparenchyms und der Nierenrinde geben endlich das Zeugniss, dass hier in der That eine Infektion des Blutes stattgefunden. — Mit Bezug auf die in der Einleitung gemachte Bemerkung über die Hernien, haben wir vorliegenden Fall als einen solchen zu betrachten, wo die Affektion des Bruchsackes in den Vordergrund tritt. — Wir werden später (siehe Fälle 20 und 21) Gelegenheit haben, Fälle zu prüfen mit besonderer Berücksichtigung der Bruchinhalts. Interessant ist in unserem Falle das Verhalten des Netzes, als direkten Leiters infektiöser Prozesse. Wir glauben im Voraus die Aufmerksamkeit hierauf lenken zu müssen, da sich uns noch öfters Gelegenheit bieten wird, diese Verhältnisse zu beobachten, und da sich vielleicht auf diese Weise Resultate ergeben könnten, (von Wichtigkeit besonders für die Behandlung des Netzes bei operativen Eingriffen.

Fall 2. Louis N., Arbeitsmann, 43 J. [9./VII.] [390.]

Gross, kräftig, entwickelt, kräftige Muskulatur. — Exstirpatio testis dextr. — Haut des Hodensackes ziemlich stark verdickt, auf der Innenfläche in eine jauchige, mit sehr stinkendem Sekret bedeckte Fläche verwandelt. — Das perit. pariet., ebenso das perit. viscerale, namentlich an den die Beckenhöhle ausfüllenden Schlingen des Dünndarmes ziemlich stark injicirt. In der Beckenhöhle und den seitlichen Theilen der Bauchhöhle etwa 150 grammes einer dicken, fast chokoladenfarbigen Flüssigkeit. Die Darmpartieen in der rechten Lumbalgegend mit einander und mit der Beckenwand durch lose Fibrinniederschläge verklebt. Das Netz, strangförmig zusammengezogen, befindet sich mit dem unteren Ende im Inguinalkanal, in dessen äusserer Oeffnung es mit einem Fäden abgebunden ist. Das Gewebe desselben sehr stark injicirt, namentlich im unteren Theile; stellenweise von grösseren Hämorrhagieen durchsetzt. — Intensive Trübung der Nierenrinde, Leberparenchym schwach getrübt.

Auch in diesem Falle ist der Ausgang der diffusen Peritonitis von der Operationswunde klar. Nur ist der Entzündungsprozess des Bauchfells ein viel frischerer. — Die Veränderungen der Parenchyme an den drüsigen Organen der Bauchhöhle sprechen ebenfalls für Sepsis. — Der Zustand des Netzes verdient auch hier Berücksichtigung.

Fall 3. Gustav L., Schlosser, 19 J. [22./XII.] [651.]

Kräftig gebaut, ziemlich gut genährt, Muskulatur gut entwickelt. — Unterhautfettgewebe ziemlich fettreich. — Bubo inguin. gangraen. sin. — In der linken Leistengegend, sowohl über als unter dem Lig. Poupartii, sehr ausgedehnte buchtige Eiterhöhlen, die von einer missfarbenen, leicht fetzigen Masse bedeckt sind und bis in die Tiefe der Muskulatur des Ober-Schenkels hinabreichen. Medianwärts dehnen sich die unteren derselben bis an die Symphyse aus, wo das lockere Bindegewebe dieselben Veränderungen zeigt. Nach aufwärts erstrecken sie sich bis zur Hälfte des M. iliopsoas, woselbst sie nur durch eine dünne Muskel- und Bindegewebsschicht vom Peritoneum geschieden sind. In der Bauchhöhle über 1 Schoppen einer röthlich gelben, trüben, mit vielen Fibrinflocken gemischten Flüssigkeit. Das Bauchfell, besonders soweit es die Dünndärme überzieht, trübe, stellenweise lebhaft geröthet und mit graugelben Auflagerungen versehen. Eine Perforation, von der Inguinalhöhle aus, ist nicht nachzuweisen. — In dem Pericardium wenig klare Flüssigkeit. An der Basis des Herzens ist das Pericardium vielfach getrübt und mit leichtzottigen Auflagerungen versehen; daneben leichte hämorrhagische Flecke. Herzmuskel blass, etwas schlaff. An der Innenfläche der Aorta einige gelbe Flecke. — In der linken Pleurahöhle ziemlich reichliche Menge einer klaren, leicht röthlichen Flüssigkeit. — Lungen an mehreren Stellen mit Brust- und Zwerchfellswand verwachsen. Auf der Oberfläche der linken Lunge viele hämorrhagische Flecke. Atelektase und Hyperämie der beiderseitigen unteren Lappen. — Milz leicht vergrössert, Gewebe ziemlich weich; Malpighische Körper vergrössert, aber deutlich. — Von beiden Nieren besonders die linke vergrössert, Parenchym sehr schlaff, von blasser Färbung, Rinde weisslich gelb; Schleimhaut des Nierenbeckens stark trübe, zeigt in grosser Ausdehnung stark hämorrhagische Auflagerungen. — Gewebe der Leber blutleer, bräunlich, sehr schlaff, Acini ganz verwischt.

Mit welchem Rechte auch der Prozess als diffuse Peritonitis bezeichnet werden muss, so ist doch nicht zu läugnen, dass der Ausgang desselben von der Fossa iliaca sin. sicher angenommen werden kann. Ob es sich hier um eine Fortleitung infektiöser Stoffe, wie in den Fällen von endometritis dipth. und parametritis im Wochenbette, oder um eine Nekrose der Serosa handelt, die zu der stetig zunehmenden Verdünnung der oberen Wand des jauchigen Beckenabscesses sich zugesellt und so direkt auf dem Wege der Transfusion den septischen Stoffen den Zugang zum cavum perit. gestattet (wie wir es noch öfters werden konstatiren können), mag unentschieden bleiben. Jedenfalls spricht auch hier für die Infektion der Blutmasse die Veränderung der schon genannten Drüsenparenchyme. — Dass besonders die Serosa der Därme in unserem Falle verändert sich zeigt, dürfte vielleicht durch das Aufruhen der Darmschlingen zum Theil auf der Fossa iliaca sin. zu erklären sein. — Nicht ganz klar zu legen ist die Affektion der Nierenbecken, da eine Beschreibung der Harnleiter und der Harnblase fehlt. Sollte hier ein Blasenleiden zu Grunde liegen und vielleicht mit den jauchigen Abscesshöhlen an der Symphyse in Zusammenhang stehen? Oder wären hier Bubo, Blasenleiden und die Pyelitis auf einen infektiösen Prozess am Penis zu beziehen?

Fall 4. Kind der Marie S. 7 Tage. (6./III.) [68.]

Sehr klein, atrophisch, Icterus der Haut. — Syphilis cong. — Erysipelas neonatorum. — Penis und Scrotum stark oedematös, ersterer etwas blutig, feucht. — Bauchdecken in der Umgebung des Nabels ödematös. Die V. umbic. am Nabel etwas schiefrig, weit, aufwärts mit einem adhärirenden Thrombus gefüllt. Linke A. umbilic. grösstentheils mit einem 7 Cent. langen Thrombus gefüllt, unten leer; die rechte A. umbilic. im ganzen Verlauf schmutzig graugrün gefärbt, oben mit einem schmierigen, unten mit einem frischen Gerinnsel gefüllt. In der Bauchhöhle, besonders in den hinteren Regionen sehr reichliches fibrinöses, ikterisches Exsudat, das die Darmschlingen leicht mit einander verklebt und ebenso auf der vorderen Bauchwand sich findet. Serosa mit Ecchymosen bedeckt. Milz an der oberen Seite durch eine derbe Auflagerung mit der Bauchwand verwachsen. Coecum und Colon asc. fest mit der Unterlage verwachsen. Proc. vermif. sehr verlängert, am oberen Ende mit der Gallenblase verwachsen. Ebenso feste Adhäsionen zwischen Flexura coli dextr. und der unteren Seite der Leber. Diffuse interstitielle Hepatitis mit Gummiknoten, chronische Hyperplasie der Milz. Lungen atelektatisch. Haematom der Dura mater.

Die frische diffuse Peritonitis wahrscheinlich mit der Periarteriitis umbilicalis septica und ihrer weiteren Ausbreitung (Erysipelas neonatorum) in Zusammenhang. — Die Adhäsionen in der Bauchhöhle älteren Datums und entsprechend den Veränderungen der verschiedenen Organe in Folge von Syphilis congenita. Inwiefern diese Veränderungen das Auftreten der parenchymatösen Schwellungen, welche für allgemeinen Sepsis sprächen, verhindert haben, mag inzwischen dahingestellt bleiben.

Fall 5. E. 40jähriger Mann mit grosse Abmagerung, sowohl des Fettes wie der Muskeln. [13./V.] [322.]

Starkes Oedem der unteren Extremitäten, weniger des Scrotum. Haut blass. Ausgedehnter Thorax, bedeutender Ascites mit Aufwärtstreibung des Proc. xiph. — Syphilis constitut. Ascites persaepe punctus. — In der Bauchhöhle etwa 4 Litre einer gelblichen, etwas trüben Flüssigkeit, in der nur geringe Quantitäten von gallertigen Fibrinflocken schwimmen. — Am Bauche, besonders rechts eine ganze Reihe von Punktionsöffnungen, welche auch zum Theil innen im Peritoneum sehr deutlich als längliche Spalten zu erkennen sind. Hier ist das Peritoneum der vorderen Bauchwand mit zahlreichen, bräunlichen, zum Theil schiefrigen, konfluirenden Flecken besetzt, die zahlreiche neugebildete Gefässe erkennen lassen. Das Omentum, in Form eines Stranges, in einen Skrotalbruch rechts zu erfolgen. Der obere Theil des Omentum bildet ein sehr zierliches, grossmaschiges Reticulum. Auch das Mesenterium retrahirt, hart anzufühlen; daneben strangförmige Adhäsionen zwischen Leber und Colon transv., und Verwachsung der Milz mit dem linken Theil des Omentum. — Die linke Niere durch Verdickung des hinteren Parietalblattes wie abgekapselt. — Hyperostosis cranii, Pleuritis deform. dextr.; Hepatitis chron. interst., Hyperplasia lienis indurat., Perisplenitis fibr., Atrophia granul. lobul. renum, Atrophia fibr. testis sin., Atrophia laevis linguae, Diverticulum duodeni, Peripancreatitis.

Von Interesse die circumscripten peritonitischen Produkte an der vorderen Bauchwand, in Zusammenhang mit den öfters wiederholten

Punktionen des Ascites. Zu sondern hiervon die übrigen Adhäsionen in der Bauchhöhle, die den chronischen Entzündungen der Organe auf syphilitischem Boden entsprechen.

Fall 6. Julius J., Zimmerman, 38 J. (17./XII.) [601.]

Sehr stark abgemagert. Haut sehr blass, von gelblichem Ton, conjunctivae stark icterisch. Untere Extremitäten in hohem Grade, die Geschlechtstheile wenig ödematös. — Vulnera puncta abdom. (wahrscheinlich Punktionswunden). — Bauch sehr aufgetrieben, Bauchdecken gespannt und glänzend. Zur linken Seite der Linea alba bemerkt man zwei, zur rechten eine, fast vollständig in Heilung begriffene Stichwunden. — Beim Eröffnen der Bauchhöhle entleert sich in grossem Strom eine sehr grosse Menge einer dunkelgelben, leicht trüben Flüssigkeit, gemischt mit zahlreichen fibrinösen Flocken. — Eingeweide der Bauchhöhle, sowie die Wandungen durchweg mit dicken, grauen, von fibrinösen Fetzen durchsetzten Auflagerungen versehen. — Die Dünndärme zum Theil verwachsen, dazwischen ein stark infiltrirtes, stellenweise etwas eitriges Gewebe. Die Pars transversa des Colon mit Magen und Netz fest verwachsen, nimmt aber im Ganzen ihre normale Stelle ein. Darmschlingen sämmtlich sehr stark aufgetrieben, lebhaft geröthet, Wandungen stark verdickt. Schleimhaut des Magens etwas verdickt, stellenweise schiefrig. Im Dünndarm Dasselbe, nur in der Richtung nach abwärts im Zunehmen begriffen. So nimmt Submucosa und Muscularis immer mehr an der Verdickung Theil. Die Mucosa sehr stark schiefrig und wulstig. — Tiefe narbige Einziehung auf der Oberfläche der stark geschrumpften Leber, welche daneben Dilatation der Gallengänge bis in die kleinsten Zweige zeigt und zwar, weil der Ductus choled. durch den fibrös indurirten Pankreaskopf verläuft. Die Einmündungsstelle der Pfortader frei, an den meisten Stellen leer, an anderen mit frischen lockeren Gerinnseln gefüllt. An der Einmündungsstelle der Milzvene eine ziemlich umfängliche, fest adhärente, im Centrum erweichte Gerinnungsmasse. In den Mesenterialvenen gleichfalls derbe, aber dunkel gefärbte Gerinnungen. Gleichzeitig erscheint die Wand der V. lienalis mit der Pankreashülle verwachsen, und das Gefässlumen wird verengt durch eine von dieser Wandstelle ausgehende, aus grauspeckigem Gewebe bestehende Wucherung. Infolge dessen starke Vergrösserung der Milz mit reichlicher Entwicklung der Trabekel und der Gefässwände der Venen, mit Dilatation des Lumens der letzteren. Im Milzgewebe selbst ziemliche Anzahl kleiner, bräunlich gelber, sehr fester Einlagerungen, von sehr derber Beschaffenheit. Portalae und retroperitoneale Lymphdrüsen vergrössert, mässig weich, lassen einen weisslichen, trüben Saft abstreichen. Milzkapsel stark sehnig verdickt, mit reichlichen, frischen, fibrinösen Auflagerungen und hämorrhagischen Flecken. Dasselbe gilt für die Kapseln beider Nieren. Die linke Niere im Zustand starker Granularatrophie, die rechte gross, von glatter Oberfläche mit mässig breiter, aber schlaffer und stark gelblich gefärbter Rinde. Die Marksubstanz lebhaft geröthet auch schlaff. — Im Herzbeutel etwa 30 Gr. einer klaren gelblichen Flüssigkeit. Herz klein und schlaff. Viscerales Blatt des Pericardium mit vielfachen Trübungen und Verdickungen. In Vorhöfen und Ventrikeln, neben speckhäutigen Gerinnseln und reichlichen Cruormassen, viel flüssiges Blut. Muskulatur blassröthlich, sehr schlaff. Ziemlich starke Trübungen und Verdickungen der Mitralis. Sonst die Klappen intakt. In der Aorta, bis zum absteigenden Theil derselben, viele unregelmässige, weissliche und gelbliche Hervorragungen.

Zu den adhäsiven Prozessen und Verwachsungen im peritoneum, die mit den interstitiellen Prozessen an den Organen der Bauchhöhle in Verbindung stehen, welchen Prozessen wahrscheinlich constit. Syphilis zu Grunde liegt (Wucherung am Pancreaskopf, Narben der Leber, Veränderungen am Herzen, besonders an der Aorta), hat sich muthmasslich eine frische diffuse peritonitische Reizung zugesellt, ausgehend von den Stichwunden resp. Punktionswunden des vorhandenen Ascites. Freilich ist der Zustand der Wunden nicht als ein solcher beschrieben, dass man eine Infektion von denselben aus direkt beweisen könnte. Indess spricht die starke parenchymatöse Trübung der rechten Niere sowohl, als die Trübung und Schlaffheit des Herzens für Sepsis; wo es unentschieden bleiben muss, ob dieselbe von der Wunde aus, vielleicht durch primäre Infektion d. h. durch Infektion der Wunde bei deren Anlegen, oder durch sekundäre oder späte Infektion d. h. durch Infektion innerhalb der Zeit des Eintritts der Eiterung oder nach Eintritt der letzteren, stattgefunden. Für alle Fälle haben wir jetzt mit reinen in Heilung begriffenen Bauchwunden und einer frischen diffusen, wahrscheinlich auf septischer Grundlage entwickelten Peritonitis zu thun.

Fall 7. Louise S., Handarbeiterin, 33 J. [21./XII.] [657.]

Sehr abgemagert; Muskulatur schlecht entwickelt; Unterhautfettgewebe spärlich; Hautdecken blass, von leicht gelblicher Färbung. — Syphilis constitut. — Punctio abdom. — Bauch stark aufgetrieben, fluctuirend. Bauchdecken mit zahlreichen Epidermisschuppen bedeckt. Beim Eröffnen der Bauchhöhle entleert sich eine ausserordentlich grosse Menge einer gelben, trüben Flüssigkeit, mit zahlreichen weissen Flocken vermischt. Das parietale und das viscerale Blatt des Peritoneum ist trübe und mit zahlreichen lockeren Auflagerungen versehen, an einigen Stellen lebhaft geröthet und hämorrhagisch. Etwas rechts vom Nabel findet sich eine Incisionsöffnung, die sich durch die Bauchdecken als ein ziemlich weiter Kanal verfolgen lässt, in dessen Umgebung die Serosa lebhaft geröthet erscheint. Gedärme, besonders die Dünndärme, stark aufgetrieben, serosa von rosiger Färbung. Schleimhaut des Darmkanals zeigt nichts Besonderes. Milz sehr klein, zum Theil mit dem Zwerchfell verwachsen; Kapsel trübe verdickt, Gewebe derb, blass, homogen. Beide Nieren ziemlich gross, schlaff; alte Narben auf der Oberfläche; Rinde graugelb, etwas glasig. Die Leber zeigt exquisit den grosslappigen Zustand wie bei Hepatitis interstitialis chron. gummosa im Stadium der Retraction. Parenchym graubraun, sehr derb; acini verwischt. — Endometr. catarrh. perimetritis et perisalpingitis chron. Fistula rectovaginalis ex perforatione ulc. syphil. recti. Ulcera syphilit. vaginae (nicht genauer beschrieben, da nur die Bauchhöhle eröffnet).

Die peritonitis diffusa sehr frisch, deutlich von der Incisionsöffnung ausgehend. Die Infection allerdings aus dem Befunde der Wunde nicht ganz klar. Indess könnte der operative Eingriff an sich die schon bestehende Reizung des Bauchfells (perihepatitis, perisplenitis, perinephritis) zur akuten Entzündung gesteigert haben. Dennoch sprechen die frische Injection gerade der bisher am wenigsten erkrankten Darmserosa, dann auch die fleckförmigen Röthungen und hämorrhagischen Infiltrationen des Bauchfells, neben der frischen parenchymatösen Nephritis, vielleicht mehr für eine infectiöse Ursache.

Ueberblicken wir noch einmal die Fälle, die wir der ersten Abtheilung unterordnen konnten, so ist allerdings ihre Zahl zu gering, um aus den Befunden allgemeinere Schlüsse zu ziehen. Bemerkenswerth ist hier immerhin, dass in den 6 Fällen, in welchen wir diffuse Entzündungen des Bauchfells constatirten, viermal der primäre Infektionsheerd direkt nachgewiesen werden konnte (Fälle 1, 2, 3 und 4). In zwei Fällen (5 und 6) erlaubte allerdings der Zustand der Wunde an sich keine Diagnose auf Infektion. Allein die Veränderungen der Parenchyme der betreffenden Organe liessen, trotz der nebenbei vorhandenen Veränderungen dieser Organe durch ein konstitutionelles virus (Syphilis), wohl einen Wahrscheinlichkeitsschluss machen, dass auch diesen Fällen von diffuser Peritonitis direkte septische Infektion zu Grunde lag.

Ich hätte hier gerne eine grössere Zahl von Berichten über Operationen in der Bauchhöhle mit tödtlichem Ausgange aus anderen Berliner Kliniken, als denen der Königl. Charité, beigefügt. Theils standen mir dieselben aber nicht zu Gebote, theils auch würde die Anhäufung des Materials an dieser Stelle keine ausführlichere Behandlung der anderen Abtheilungen gestattet haben. Ich tröste mich daher mit dem Gedanken, durch eingehendere Betrachtung der noch folgenden Rubriken, für diese erste, bestimmtere Gesichtspunkte zu gewinnen, um mit ihrer Hilfe später einmal den weiteren Ausbau dieses Abschnittes sicherer fördern zu können. Die genaue Feststellung der Thatsachen, gerade in den chirurgischen Fällen, dürfte die meisten Schwierigkeiten bieten, die grösste Umsicht erfordern, um das Wesentliche vom Unwesentlichen zu sondern, allein auch diesen oder jenen Umstand nicht zu übersehen, der vielleicht für den speziellen Fall von Wichtigkeit gewesen. Hier, wo die Hand des Menschen unmittelbar eingreift in den Verlauf von Krankheitsprozessen, hier wird oft die reine Erscheinung der letzteren durch diese oder jene Komplikation getrübt, welche in ihren Wirkungen noch nicht klar gelegt, die Uebersicht erschwert und uns den Muth benimmt, endgültige Urtheile zu fällen. — So mag denn der Chirurg, auch in dieser Frage, durch Prüfung derjenigen Fälle, deren Verlauf zu beobachten, für gewöhnlich ausserhalb seines Wirkungskreises liegt, seinen Gesichtskreis erweitern, für sein späteres Handeln festere Normen gewinnen. — Wir aber, indem wir uns zu den Fällen wenden, bei denen der Ausgangspunkt der Peritonitis von „inneren Wänden“ der Bauchhöhle angenommen werden musste, glauben nochmals auf die Wichtigkeit der eben abgehandelten Abtheilung verweisen zu müssen. Ihr Gebiet, welches die meisten operativen Eingriffe in die Continuität der Bauchhöhle umfasst, so geringe Ausbeute es für uns speziell gegeben, soll in seinem Ausbau als das Endziel unserer weiteren Betrachtungen angesehen werden. —

B. Innere Wände.

Darm, Blase mit Ureteren und Nierenbecken, Uterus mit Adnexen.

a) Darm.

Fall 8. Adolph L. [7./II.] [37.]

Ausserordentlich starkes Oedem der ganzen Haut, sehr starke Cyanose des Gesichtes und des Halses. Schamberg vollkommen unbehaart. Fingernägel sind schmal, stark gewölbt, aber nicht kolbig, stark bläulich gefärbt. — Vitium cordis cong. Ulcus duoden. perf. in abd. — Bei Eröffnung der Bauchhöhle entweicht übelriechendes Gas und es findet sich in der Bauchhöhle mehr als 1 Litre einer dunkel chokoladenfarbenen, sehr trüben Flüssigkeit, mit darin schwimmenden fibrinösen Flocken. Darüber die ausgedehnten Därme frei schwimmend. Parietales und viscerales Blatt des Perit. ungewöhnlich stark injicirt, an einzelnen Stellen mit dünnen, gelbröthlichen, fibrinösen Lagen überzogen. Unter denselben hat die Hyperämie einen ganz hämorrhagischen Charakter. — Im pylorus des Magens starke drüsige Schwellung; ohngefähr 3 Ctm. tiefer im Duodenum zwei ziemlich grosse, übrigens einfache Duodenalgeschwüre. Das mehr nach unten befindliche Geschwür geht bis in die submucosa. Sein Grund ist mit schwarzrother Masse infiltrirt, die Ränder unregelmässig zackig. Das am oberen Rande der pars horiz. duoden. befindliche, wie 1 Sgr. so gross, ist mehr rundlich, der Grund zum Theil auch hier mit schwarzen Massen belegt. In der Mitte desselben findet sich eine etwa Silbersechser-grosse Perforation, die durch die ganze Dicke der Duodenalwand hindurch geht. Zwischen beiden Geschwüren finden sich auch mehrere lineäre Narbenstreifen verheilter Geschwüre. — Ductus Botalli apertus. Stenosis Arcus aortae, Endocard. cord. sin., valvularum et Aortae. Dilat. et Hypertrophia cord. Cor adiposum Thromb. pariet. dextra Indur. fusca et Infarctus haemorrhag. pulm. Atrophische Muskatnussleber. Indurat. lienis et renum.

Der Prozess der diffusen Peritonitis in diesem Falle in seiner Acuität erklärt durch Austritt von Darminhalt und Blut gleichzeitig (für Letzteres spricht die Beschaffenheit des Grundes beider Geschwüre) in die Bauchhöhle, und zwar aus der ziemlich grossen Oeffnung in der Duodenalwand. — Dass der peritonitische Prozess zu einer höheren Stufe der Entwicklung nicht gelangt ist, liegt auf der Hand, indem schon das Entstehen des akuten Prozesses das im hohen Grade cachektische und atrophische Individuum tödten musste. —

Fall 9. Wilhelm S., Droschkenkutscher, 33 J. [21./I.] [24.]

Etwas abgemagert, schmutzig weisse Haut; sehr tiefliegende Augen; Rumpfmuskulatur sehr trocken, braunroth, spickgansähnlich. Ileotyphus am Ende der 3. Krankheitswoche, ulcus typh. ilei perf. in abdom. — Die vordere Wand der Bauchhöhle ist durch weiche, dünne Fibrinschichten mit dem grossen Netz verklebt, welches seinerseits die Dünndärme bedeckt und bis zur Symphyse reicht. Auf der hinteren Fläche ist das grosse

Netz durch dicke Fibrinmassen mit den Därmen verlöthet; desgleichen liegen ähnliche Massen zwischen den Darmschlingen selbst, und auch letztere zeigen überall weiche, fibrinöse Pseudomembranen aufgelagert. Unter diesen Auflagerungen sind die Därme in hohem Grade hyperämisch und injicirt. Besonders im Becken findet sich eine Anhäufung von rahmigem, flüssigem Eiter. Am dicksten sind die Exsudatmassen in einem Paquet von Darmschlingen, welches in der rechten Hälfte des Beckens gelegen ist und in die fossa iliaca d. hinaufreicht. Das Paquet gehört dem untersten Theil des ileum an, die Auflagerungen reichen aber bis auf das coecum, dasselbe mit dem Dünndarmknäuel verklebend. Nachdem die verklebten Schlingen von einander gelöst sind, kommt man, an einer Ileum-Schlinge, genau 6 Ctm. über der Ileocoecalklappe, auf eine wenig über Stecknadelknopf-grosse Oeffnung in der Wand des Darmkanals, aus der bei jeder Bewegung des Darmes, dünner, gelber Koth sich entleert. Die Därme sind hier etwas weit; nur diejenigen, welche von der dicksten Auflagerung überzogen sind, erscheinen etwas enger. Die Mesenterialdrüsen im Ileocoecalstrang vergrössert, doch schon im Abschwellen begriffen; in einzelnen derselben käseartige Einsprengungen. — Darmschleimhaut allgemein schmutzig gelblich gefärbt, etwas aufgelockert. Im untersten Theil des ileum auf einer Anzahl von plaques unregelmässig begrenzte Geschwüre, zum grössten Theil gereinigt, auf einigen sitzen noch Schorfe auf. Nach der Klappe zu werden die Geschwüre grösser; inmitten eines umfangreicheren die oben beschriebene Perforation. — Hyperplasia subacuta lienis.

Langsames Fortschreiten der Peritonitis von der Ileocoecalgegend aus, erklärlich aus der geringen Grösse der Perforationsöffnung, wo der Darminhalt nur sehr allmälig sich entleeren konnte. — Der Prozess nicht mehr frisch. Wahrscheinlich war eine circumscripte Entzündung in der fossa iliaca vorangegangen, noch ehe die Perforation zu Stande gekommen war, damals mit der Tiefe der typhösen Infiltration innerhalb der Darmwand im Zusammenhang. Nach der Perforation hat erst der Prozess an Ausdehnung gewonnen, wofür schon die verschiedene Dicke und Beschaffenheit der Auflagerungen spricht. — Septische Intoxication selbstverständlich gering. — Tod, bei dem durch den Typhusprozess erschöpften Individuum, durch den ziemlich langdauernden, mit beträchtlicher Exsudation verbundenen Entzündungsprozess des Bauchfells.

Fall 10. Franz H., 22 J. [19./V.] [326.]

Aeusserst abgemagert, blasse Haut, Decubitus am rechten Trochanter. — Phthisis pulm. Ulcus tuberc. ilei perf. in abd. — In der Bauchhöhle eine erhebliche Quantität eines eitrigen flockigen Ergusses, wodurch die einzelnen Därme lose unter einander verklebt sind. 6 Ctm. oberhalb der Bauhin'schen Klappe eine Perforationsöffnung im Ileum, deren Umgebung stark hyperämisch und die ziemlich fest mit den anliegenden Dünndarmschlingen verklebt ist. — Das perforirende Geschwür über 5 Ctm. lang, unregelmässig, die submucosa durchdringend. Allein schon im Jejunum beginnen ziemlich zahlreiche Geschwüre. Auf der serosa der entsprechenden Stellen sieht man, wie auch auf dem Grunde der Geschwüre selbst, ziemlich zahlreiche miliare Knötchen. — Die Mesenterialdrüsen stark angeschwollen, besonders im Ileocoecalstrang. Auf dem Durchschnitt in der Mitte lebhaft injicirtes Gewebe, die Randzone blass, mit

Einlagerung von deutlich sichtbaren Tuberkeln. — Der Inhalt des Jejunum und Ileum bestehend aus ziemlich reichlichen gallig gefärbten Massen. — Fettleber. Tuberkel der Milz, Pyopneumothorax sin.

Die peritonitische Reizung, zunächst ganz circumscript auf die den Geschwüren entsprechenden Stellen der serosa beschränkt und von Eruption von Miliartuberkeln gefolgt, hat auch in der Umgebung der Perforationsstelle, als noch das Geschwür allmälig immer weiter in die Tiefe drang, ziemlich feste Verklebungen der Darmschlingen mit der Umgebung geliefert; bis nach vollendeter Perforation die Peritonitis diffus geworden und, wenn auch noch frisch und nicht sehr intensiv, wohl wegen der Cachexie des Individuums überhaupt, doch genügende Ursache abgeben konnte, um neben dem Pyopneumothorax den letalen Ausgang zu beschleunigen.

Fall 11. M. geb. W. [26./V.] [337.]

Stark abgemagert. — Pneum. catarrh. dupl. — Ulcera catarrh. intest. perf. in abd. — Bauch etwas aufgetrieben. Die hintere Fläche der vorderen Bauchwand ist durch frische Verlöthungen theils mit dem grossen Netz, theils mit den Dünndarmschlingen verklebt. Zugleich findet sich eine geringe Menge fibrinöseitrigen Exsudats in den abhängigen Theilen der Bauchhöhle. Das grosse Netz spannt sich als ziemlich straffe Schürze über die Därme bis in die Gegend des linken lig. Poupart., wo es angewachsen ist. Auch zwischen den Därmen liegen frische eitrige Exsudatlagen, und die serosa ist darunter lebhaft injicirt und geröthet. Unmittelbar hinter dem grossen Netz liegen einige sehr weite Dünndarmschlingen und in einer von diesen, die gerade vor dem coecum liegt, quillt aus einer kleinen Perforationsöffnung bei geringer Zerrung dünnflüssiger Darminhalt hervor. Ausser den frischen Anlöthungen finden sich noch viele ältere gefässführende Adhäsionsstränge, von mehr wenig grosser Straffheit, die theils die Därme unter einander, theils diese mit dem mesenterium, theils auch mit den Eingeweiden des Beckens zusammenhalten. Besonders hier sind die Adhäsionen so vielfältig und straff, dass Uterus und Harnblase dadurch ganz und gar verdeckt werden. Die Darmschlingen, an welchen diese Adhäsionen sich befestigen, sind grösstentheils sehr eng. — Die Dünndarmschlingen dagegen, soweit sie dilatirt sind, enthalten viel faecalriechende gelbe Flüssigkeit, während in den engeren Schlingen mehr weiche gelbe Massen sich finden. Im untern Theil des Jejunum beginnen folliculäre Geschwüre, von denen neben dem schon erwähnten noch zwei andere die Darmwand perforirt haben und aus welchen sich Koth in die Bauchhöhle ergiesst. — Beide ligg. lata sind der Sitz grosser eitriger Infiltrationen, die bis in die Gegend beider Ovarien reichen. Die Tuben sind durch die Adhäsionen stark geknickt und dilatirt. Ihre Schleimhaut aufgelockert. — Uterus, dessen orif. ext. dicht über dem mit prolapsus vesicae urin. complicirten Vorfall der Scheide mündet, ist rings von schwieligen Adhäsionen umgeben, stark vergrössert, 12 Ctm. lang, wovon nur 4 Ctm. auf den cervix kommen. Muskulatur sehr hypertrophisch. Pyelonephritis.

Der Fall ist kein einfacher. Die diffuse Infiltration der ligg. lata, die zahlreichen festen Adhäsionen zwischen den Därmen, und besonders zwischen diesen und den Beckeneingeweiden, so wie endlich die beträcht-

liche Vergrösserung des Uteruskörpers, deuten zunächst auf einen im Ablaufen begriffenen peritonitischen Prozess, der mit einer Affektion des Genitalapparats (Puerperium?) in Zusammenhang gestanden. Inwiefern die pyelonephritis hier in Betracht zu ziehen, ist nicht ganz klar zu ersehen. —

Die Perforation der drei katarrhalischen Dünndarmgeschwüre hat die frische diffuse Peritonitis angefacht, und mag als Komplikation der katarrhalischen Pneumonie den letalen Ausgang herbeigeführt haben.

Fall 12. Wilhelm W., 30 J. [27./XI.] [575.]

Klein, wenig muskulös, mit spärlichem Unterhautfett. Aeussere Decken zeigen überall schmutzig grüngelbe Färbung. Sichtbare Schleimhäute sehr blass, leicht gelblich, ebenso die scleroticae. Abdomen ziemlich stark und gleichmässig aufgetrieben. Muskulatur tief braun, mässig feucht, stark glänzend. — Perityphlitis. Perforationes intest. coeci. Beim Eröffnen des Abdomen entleert sich aus der Tiefe eine mässige Menge einer etwas dicken, trüben, schmutzig gelb gefärbten Flüssigkeit. In den abhängigen Theilen des cavum abdom. die Dünndärme, ebenso das colon transv. ziemlich stark aufgetrieben. Die Därme unter einander verklebt. Das Netz etwa in der Mitte seines freien Verlaufes eingeknickt, verläuft nach der Tiefe des mesenterium, dort angelöthet durch faserigeitrige Adhäsionen (siehe unten: periphlebitis mesaraica). Auf der freien Oberfläche der Leber und Milz ein dicker, grünlich gelber, missfarbiger, faserstoffiger Belag. In der regio iliaca dextr., genau an der Stelle, wo der M. psoas von der Wirbelsäule sich nach aussen wendet, findet sich, an die Wirbelsäule selbst grenzend, umgeben von den durch feste Adhäsionen zu einem Paquet verbundenen Massen des Darmes ein Jaucheheerd, der (durch stark cadaveröse Aenderung der Leiche) ein schmutzig grünschwarzes Ansehen hat. In diesen Jaucheheerd, an den auch die rechte Wand der flex. sigmoid. angrenzt, lässt sich von dem anscheinend normal beschaffenen colon asc. aus der proc. vermif. hineinverfolgen. Derselbe zeigt sich vielfach gewunden und in diesen seinen Windungen durch sehr saftreiche angeschwollene Gewebsmassen befestigt. Das Gewebe des proc. vermif. selbst leicht zerreisslich, grünlich schwarz durch alle Schichten. Sein Lumen ist aber überall erhalten und mit eitrig schleimigen Massen gefüllt. Die Schleimhaut zeigt an vielen Stellen oberflächliche Ulcerationen. Das an das coecum angrenzende Stück Ileum mit dem angrenzenden Mesenterium in einer Ausdehnung von über 8 Ctm. von jauchig gangränöser Beschaffenheit. In der unteren Wand des coecum findet sich eine kirschkorngrosse Oeffnung; weiter nach rechts und aussen ein zweites Loch von etwa Hanfkorn-Grösse, durch eine schmale Brücke von intacter Darmwand von der ersten Oeffnung getrennt. Beide Oeffnungen communiciren direkt mit dem Jaucheheerd. — Die Schleimhaut des Dickdarms in coecum und colon ascendens bis auf eine starke seröse Durchtränkung intact. Das Darmlumen ziemlich weit, mit dünnflüssigen Faecalmassen gefüllt. — Die Schleimhaut des oben beschriebenen, an den Blinddarm anstossenden Ileumstückes vollkommen intact; ebenso bietet der übrige Darm nichts Abnormes. Die Galle ergiesst sich leicht in's duodenum. Die Portalvene fühlt sich an der porta selbst als ein runder ziemlich prall mit flüssigem Inhalt gefüllter Strang an. Ihre Wand bis zum Abgang der V. lien. intact und dünn. Von da ab jedoch, gegenüber der Einmündung der V. mesent. inf. (diese

ganz frei) zeigt sich die Venenwand in zunehmendem Grade verdickt, theilweise grünlich missfarbig, mit dem umgebenden verdickten Gewebe des mesenterium fest verwachsen. An der Innenfläche adhärent liegt ein etwa 6 Ctm. langes, festes, leicht icterisches Gerinnsel. Von hier an wird die stark verdickte Venenwand sehr missfarbig und enthält bis in die feinsten Verästelungen, die gegen obiges missfarbiges Stück des ileum hin in dem mesenterium sich verzweigen, flüssige, purulente, beim Aufschneiden in reichlicher Quantität vorquellende Massen. Zu beiden Seiten von diesem Stück Ileum und Mesent. sind die feinen Venen intact. — In der porta selbst, an der Theilungsstelle der V. portarum für die beiden Leberlappen, ein fest adhärirendes, schmutzig weissgelbliches Gerinnsel. Im linken Ast weiter hinauf bewegliche Thrombusmassen innerhalb einer verdickten aber sonst intacten Venenwand. In den weiteren, feineren Venenverzweigungen flüssige, eitrige Massen; die Venenwand zerstört. — Die Leber zeigt so das prägnante Bild einer pylephlebitis. Sonst ist das Parenchym schmutzig braunroth, trübe. Diejenigen Schichten, welche unter der mit starkem Belag versehenen Leberkapsel liegen, stark cadaverös gefärbt. Gallenblase mit etwas verdickter Wand, enthält mässig viel einer dickflüssigen, schmutzig hellbraunrothen Galle. — Milz auf's Dreifache vergrössert, Kapsel mit eitrigem Belag, darunter cadaverös entfärbt. Parenchym der Milz kirschroth, fest, sehr elastisch, Pulpa reichlich, von Follikeln wenig zu sehen. — Nieren leicht geschwollen, derb, mit ziemlich intensiv getrübter Rinde. Die Schleimhaut der Blase verdickt, aber intact. Der Urin sedimentirend, schmutziggelb. — Herzmuskel derb, braunroth. Im linken Ventrikel reichlich geronnenes Blut, rechts derbe Faserstoffgerinnsel mit wenig Cruormasse. — Lungen frei. —

Den Verlauf dieses für die klinische Diagnose der Metastasen so interessanten Falles hatte ich Gelegenheit, auf der Klinik des Geheimraths Traube zu beobachten. — Das Entstehen der Entzündung im perityphlitischen Bindegewebe ergiebt sich dem Zeitpunkt nach nicht genau aus der Anamnese. Jedenfalls spricht aber für ihre längere Existenz die Festigkeit der Gewebsmassen um den proc. vermiformis und die Straffheit der Adhäsionen zwischen den angrenzenden Darmschlingen. Neue Schädlichkeiten, wiederholte Kothstagnation mit Ulceration im proc. vermif., mögen die Entzündung in dem perityphlitischen Heerd gesteigert und so endlich zur Perforation des coecum, zur Bildung des Kothabscesses und den weiteren Folgen geführt haben. — Für uns ist das Entstehen der diffusen Peritonitis von Wichtigkeit. Ein direktes Hineingelangen von Kothmassen in das cavum abdom. ist nicht zu konstatiren. Es müssen demnach die inficirenden Stoffe einen indirekten Weg von dem Zersetzungsheerd aus genommen haben. Ob dies auf den Bahnen der Lymphgefässe geschehen, oder, was wahrscheinlicher, dadurch, dass die periphlebitis mesaraica, nachdem sie den septischen Charakter angenommen, sich auf die Umgebung ausgebreitet, mag ich hier nicht entscheiden. Jedenfalls ist die frische diffuse Peritonitis deutlich in ihrem Aufsteigen von der Umgebung des Kothabscesses zu verfolgen (Beschaffenheit der serosa des an das coecum angrenzenden Ileumstückes). Die starke seröse Durchtränkung der Schleimhaut in coecum und colon asc.

ist in eine enge Verbindung mit den Zersetzungsstoffen des perityphlitischen Heerdes zu bringen, ebenso die Beschaffenheit der Wand des proc. vermif. — Was die Beschaffenheit der peritonitischen Beschläge auf der Leber und der Milz anlangt, so stehen sie sicherlich mit den Veränderungen dieser Organe in naher Beziehung. Wäre auch ihr missfarbiger Charakter eine cadaveröse Erscheinung, so hängt er doch sicherlich mit der raschen cadaverösen Veränderung der genannten Organe zusammen und zeigt nur, wie intensiv die septische Infektion des Blutes in diesem Falle gewesen sein muss. (Die Kothmassen entleerten sich durch zwei mässig grosse Oeffnungen in den Abscess.) — Die Sepsis ist es auch, die in Verbindung mit der pylephlebitis die Todesursache geworden; gewiss nicht die Peritonitis, wenigstens nicht in erster Reihe.

Fall 13. Tr. geb. M. 45. J. [28./III.] [100.]

Durch traumatische Einwirkung auf den Bauch in der Gegend des M. rect. abd. sin., links und etwas oberhalb des Nabels: blutige Infiltration des Unterhautfetts und der Muskulatur dieser Region. — Ruptura lig. gastro-col. et coli transv. — In der Bauchhöhle viel flüssiges Blut, und sowohl der vorderen Bauchwand, wie den Darmschlingen leicht anheftender cruor. Serosa der Därme durchweg blutig imbibirt, an einzelnen Stellen, besonders auch auf der freien Konvexität (d. h. an der nach Eröffnung der Bauchhöhle vorliegenden Oberfläche) der Därme frische Ecchymosen mit Auflagerungen einer weichen leicht abstreifbaren Exsudatschicht. Auf der Vorderfläche des lig. gastro-colic. eine 6 Ctm. grosse, rundliche Zerreissung; an ihren Rändern schmutzig braunrothe coagula, während an anderen Stellen die coagula frisch schwarzroth aussehen. Auch das colon transv. in seinem ganzen vorderen Umfang zerrissen. Die Zerreissungsstelle durch einen darüber gelagerten Netzstrang in zwei Oeffnungen geschieden. Auch hinter dem lig. gastro-colic. und dem colon transv. viel geronnenes Blut. Sonst keine Verletzungen. Im Duodenum ein constringirendes heilendes ulcus rotundum. Starke Anämie aller Organe, sowie der Schleimhäute. Alte Verwachsungen des Zwerchfells mit der Milz und solche mit dem linken Leberlappen. Metritis und Endometritis chronica.

Dieser Fall, einmal interessant wegen der durch traumatischen Eingriff auf die Bauchdecken erfolgten Zerreissung, sowohl des lig. gastrocolicum und des entsprechenden Theils des colon transv., zeigt auf der anderen Seite peritonitische Prozesse, die allerdings wegen des kurze Zeit nach der Verletzung erfolgten Todes (in Folge der Verblutung) nur geringe Ausdehnung gewonnen. Neben der diffusen blutigen Imbibition der Darmserosa finden wir nun auf der, nach der Eröffnung der Bauchhöhle frei vorliegenden Oberfläche der Därme, Ecchymosen und frische Auflagerungen, also da, wo zwischen der Darmoberfläche und der Bauchwand Blut, und wahrscheinlich auch Darminhalt (das verletzte Individuum stehend gedacht) herabgeflossen nach der Verletzung. Das in das cavum abdom. ergossene Blut in ziemlich frischem Zustand, nur an der Zerreissungsstelle im lig. gastrocolic., also in unmittelbarer Nähe des zer-

rissenen colon transv. beginnende Zersetzung der Blutmassen. Die Adhäsionen in der Bauchhöhle älteren Datums.

Fall 14. Friedrich St. Handelsmann 52. J. [23./XI.] [612.]

Ziemlich gross, etwas mager, wenig entwickelte Muskulatur, sparsame Reste von Unterhautfettgewebe. Oedem der linken Extremität. — Stenosis carcinom. flex. sigmoid. Dilatatio, hypertrophia et perforatio coli desc. — In der V. femor. sin., dicht unter dem Poupart'schen Bande ein Thrombus, fest adhaerent der injicirten und etwas verdeckten Wand der Vene an diese Stelle. Weiterhin im Venenlumen lockere Blutgerinnsel. Das Abdomen etwas aufgetrieben, entleert, eine mässige Menge einer stark faeculent riechenden, trüben, dicken Flüssigkeit, die mit einzelnen Faserstofflocken gemischt ist. — In den abhängigen Theilen des Bauchraumes, sowie im Becken findet sich eine reichliche Quantität fibrinöseitrigen Exsudates. Das grosse Netz, ziemlich fettreich, bedeckt die vorliegenden Därme in ihrer ganzen Ausdehnung und ist mit denselben durch eine dünne Exsudatschicht lose verklebt. Serosa aller Därme stark injicirt. Nach Entfernung des colon transv. entleeren sich aus der linken Fossa iliaca aus einer linsengrossen Oeffnung der Darmwand bei leichtem Druck faeculente Massen. Sämmtliche Dünndärme mässig mit Gas gefüllt, ebenso das colon asc. An der flex. lienalis wird das Colon plötzlich leer und liegt in der Tiefe des linken Hypochondrium. In der Fossa iliaca sin. ist das colon wieder mit Inhalt gefüllt. Die flex. sigmoid. ist mit den Beckeneingeweiden durch ausgedehnte Adhäsionen verlöthet und in ein kaum entwirrbares Convolut eingehüllt. Blase vollkommen intact. — Krebsige Stenose der flex. sigm. Ektasie des colon desc. oberhalb, mit Divertikelbildung. Die Wand des colon an dieser Stelle hypertrophisch. Disseminirte Krebsknoten in der Schleimhaut des rectum; in das obere Ende desselben mündet eine zwischen rectum und Blase befindliche Geschwulsthöhle. In dem oberhalb der Stenose befindlichen dilatirten Colonstück eine grosse Menge dickbreiiger Faecalmassen. Die Hypertrophie der Wand des colon desc. kommt meist auf Rechnung der muscularis. Die Dilatation geht allmälig in das normale Lumen des colon transv. und col. asc. über, wo auch die Schleimhaut durchaus normale Beschaffenheit zeigt. Im ganzen Ileum und im unteren Theil des Jejunum die mucosa intact, dagegen zahlreiche Hämorrhagieen in der submucosa aus den Darmvenen, in Form schwarzbläulicher Knoten. — Vv. mesent. und V. port. frei. — Herz wenig kontrahirt, Muskel schmutzig braunroth. Beginnende leichte fleckenförmige Verfettung der Aortenintima. — Atrophische Leber. Linksseitige Hydronephrose.

Das Entstehen der Perforation im colon, unterhalb der flexura lienalis, sowie der Zusammenhang mit der frischen diffusen Peritonitis, in Folge von Austritt von Faecalstoffen in die Bauchhöhle, sehr klar. Ebenso ersichtlich der Connex der straffen Adhäsionen zwischen der flex. sigm., wo die krebsige Stenose sich findet und den Beckeneingeweiden. — Beachtenswerth die mit Zerfallsprodukten der Geschwulst gefüllte Höhle zwischen Mastdarm und Blase, sowie die jauchige Beschaffenheit der Geschwürsfläche innerhalb des flexura sigmoid. ohne weitere Folgen. Wie die Hamorrhagieen der Darmvenen in die submucosa des Dünndarms zu erklären, nicht ersichtlich. — Tod bei bestehendem Marasmus durch Peritonitis diffusa acuta.

Fall 15. R. [23./XI. [613.]

Gross, sehr kräftig, mässig fettreiche Haut, kräftig ausgebildete Muskulatur von trockener Consistenz, starkem Glanz und dunkelbraunrother Farbe. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. — Typhus abdom. Ulcus typh. coli desc. perf. — Beim Einschneiden in die linea alba stösst man in der regio hypogastr. auf ein diffuses Hämatom beider recti, sowie auf einzelne Hämorrhagieen in den Mm. obliqui. — Im abdomen reichlicher Erguss von einer dünnen, trüben, schmutzig gelbröthlichen, mit Flocken gemischten Flüssigkeit, von stark faeculentem Geruch. Dabei starke Gasanhäufung, besonders an der vorderen Seite der Leber, wodurch diese von der vorderen Bauchwand zurückgedrängt ist, und dem entsprechend eine ganz circumscripte, von der übrigen Lebersubstanz durch eine scharfe Linie sich absetzende Stelle zeigt, wo die serosa schmutzig bläulich-grünlich verfärbt ist. — Die Därme sind in der ganzen Ausdehnung mittelst einer dünnen Lage einer auf ihrem serösen Ueberzug aufsitzenden, gelblichen Masse lose mit einander verlöthet. — Beim Auseinanderdrängen der Därme entleeren sich aus einer haselnussgrossen Oeffnung im untersten Theil des colon desc. dünnflüssige Faecalmassen. — Jejunum frei, erst im Ileum Anschwellung der Plaques und der solitairen Follikel; nirgends Geschwüre. Erst im colon transv. und desc. ist die Schleimhaut leicht verdickt und aufgelockert. Hier finden sich nun sehr viele, bis auf die submucosa reichende, grösstentheils gereinigte Geschwüre. Ihre Ränder noch unter dem Wasserstrahl flottirend, an einzelnen Geschwüren mit leicht gelblich weicheitriger, schmutziger Masse belegt und ihr Gewebe infiltrirt. Im untersten Theil des colon desc., wo die oben erwähnte Perforationsöffnung sich befindet, ein etwa Silbersechser-grosses Geschwür, durch die ganze Darmwand durchgreifend. Seine Ränder missfarbig und fetzig. Rectum frei. Herz normal. Pleurit. adhaesiv. dupl. Oedema pulm. mit Atelektase der unteren Lappen. Vierfacher Milztumor. Starke Trübung der Nierenrinde. Mässige Hyperplasie und Schwellung der Mesenterialdrüsen. Leber stark vergrössert, festes, derbes Parenchym, schmutzig braunroth.

Das Entstehen der diffusen Peritonitis durch Perforation des colon desc. und deutlich nachweisbaren Kothaustritt in die Bauchhöhle. Interessant die Bildung typhöser Geschwüre erst vom colon transv. an nach abwärts. Acute Schwellung und Trübung der Parenchyme, von denen jedoch nur die Veränderungen der Nieren als direkt mit der frischen Sepsis im Zusammenhang zu bringen wären, ohne auf den Typhusprozess mit Rücksicht nehmen zu müssen. Tod durch peritonitis diffusa neben Lungenoedem.

Fall 16. Antonie M., Handarbeiterin 24. J. [4./V.] [294.]

Abgemagert, bleiche Haut, Mammae sehr klein, schlaff, Muskulatur hellroth, Unterhautfett gelb. — Ulcus cancr. coli desc. perf. — In der Bauchhöhle im linken Hypochondrium und durch das ganze Mesogastrium liegt der Magen vor, dann die Därme, bedeckt von dem ziemlich fettreichen grossen Netz, das bis in's Becken hinabreicht. Auf der hinteren Fläche ist dasselbe mit den Därmen verklebt. Nach Lösung dieser Verklebungen, sowie ähnlicher, welche die Därme unter einander verkleben, quillt rahmiger, gelblicher Eiter überall zwischen den Darmschlingen hervor. Ganz besonders gross ist die Menge dee Eiters in der linken regio lumb., und hier kommt man bei weiterer Präparation,

nach Lösung der Darmschlingen auf ein grosses krebsiges Geschwür an der vorderen Fläche des colon desc., durch welches mehrere Finger bequem hindurch kommen. Hier ist auch der Darm circulär verengt. Der Grund des Geschwürs ist sehr fetzig, unter dem Wasserstrahl flottirend, missfarbig. — Aufwärts ist die Darmschleimhaut intact. Im Dünndarm hellgelbe, breiige, im Dickdarm dickweiche Kothmassen. Im cavum Dougl. kleine bindegewebige Excrescenzen und fadenförmige Anhänge. — Involutio uteri puerperalis, parametritis chronica, Erosiones vaginae; Endocarditis mitral. recens. Nieren anämisch mit opacker Rinde. Schwache Fettleber, chronischer Milztumor.

Neben der ziemlich vorgeschrittenen Involution des puerperalen Uterus, wobei die kleinen bindegewebigen Excrescenzen und fadenförmigen Anhänge im Douglas'schen Raume beachtenswerth wegen eines späteren, noch ausgeprägteren Falles (Fall 64), haben wir es hier mit der direkten Perforation eines krebsigen Geschwürs an der vorderen Fläche des colon desc. zu thun. Die Peritonitis ist trotz ihres diffusen Charakters kein ganz frischer Prozess mehr. Sie befindet sich zwar im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung des colon desc., mag aber schon vor der Perforation des Darmes bestanden haben und erst nach erfolgtem Durchbruch von der regio lumbalis sin. aus, einen allgemeineren Charakter angenommen haben. — Bei der Cachexie der Person, die durch das Puerperium noch mehr geschwächt worden, muss die Peritonitis den letalen Ausgang beschleunigt haben. Inwiefern die Endocarditis mitr. als frischer Prozess, mit der Sepsis im Zusammenhang sich befindet, ist nicht klar.

Fall 17. Fr., geb. St. 30. J. [15./VI.] [430.]

Klein, ziemlich gut genährt. In der Nähe des linken Nasenflügels ein tiefes Geschwür. Unterhautfett dunkelgelb; Muskulatur blassroth; Mammae klein und glatt. — Ulc. syphilit. recti permagn. Diphtheritis coli. Letztere ausgehend eben von jenem syphilit. Geschwür, welches vom anus an bis über $10^1/_2$ Ctm. hinauf, an der Stelle der normalen Schleimhaut sich findet. Sein Grund liegt zum Theil noch in der submucosa, wird aber meist von der muscularis gebildet. Auch gehen vom Geschwüre ein Paar Taschen durch die muscularis in das periproctitische Gewebe, ohne dass eine stärkere Jauchung darin vorhanden wäre. Der Grund des Geschwürs ist überall rein, meist von etwas schiefriger Färbung, im Ganzen geglättet. Allein in den oberen Theil des Geschwüres geht noch von der oberhalb erhaltenen Schleimhaut eine Zunge hinein. Um den anus einige leichte haemorrhagische Knoten. Von der flex. sigmoid. bis zur flex. lienalis ist die Schleimhaut vollständig diphtheritisch infiltrirt, von grauem Aussehen. An einer der tieferen Stellen findet sich bereits Abstossung des Infiltrates. — Im colon asc. ist die diphterit. Infiltration mehr insulär, so dass noch ziemlich ausgedehnte intakte Schleimhautbezirke dazwischen liegen. Der Inhalt des Dickdarms ist, abgesehen von der grossen Menge Gas, bestehend aus sehr übelriechenden, bräunlichen, dünnflüssigen Faecalmassen. — Die grosse Ausdehnung des abdomen wird so ganz wesentlich durch das colon bedingt. Im Dickdarm an keiner Stelle eine Stenose, nirgends eine Perforation des Darmkanals. — Die Dünndarmschlingen liegen hinter den dilatirten Dickdarmschlingen versteckt, und sind selbst sehr eng. Die beiden Blätter des peritoneum zeigen eine ziemlich starke, ganz frische

Injektion und an einigen Stellen, besonders um das coecum herum liegen frische, weiche fibrinöseitrige Auflagerungen auf der serosa. — Im Becken ist eine geringe Menge eines frischen citrigen Exsudates. Milz auf das Doppelte vergrössert, Pulpe blass, Follikel gross und zahlreich. Leber, Nieren und Herz zeigen nichts Abnormes. Dünndarmschleimhaut normal, nur unten im Ileum einige geschwollene Follikel. — An den Genitalien nichts Bemerkenswerthes.

Die frische diffuse Peritonitis wäre in diesem Falle ähnlich zu erklären, wie in dem (Fall 3) von Bubo gangraen., aus der Verjauchung des periproctitischen Bindegewebes. Allerdings wird dieselbe in vorliegendem Falle als nicht besonders stark bezeichnet. Dafür haben wir hier nicht nur mit blosser Jauchung, sondern auch mit Diphtherie zu thun. Der Connex zwischen der diphtheria coli und der peritonitis in direktem Sinne nicht nachweisbar. In Bezug auf die Diphtherie ist es werth, gleich an dieser Stelle zu bemerken, wie dieselbe anscheinend von künstlichen Querschnitten gesunder Parenchyme aus mit (direkter Eröffnung also der Gewebsräume derselben) sich eher fortzupflanzen vermag, als auf Geschwürsflächen. Diese Beobachtung, die uns in puerperalen Fällen öfters vorkommen wird, bewahrheitet sich auch hier in der reinen Beschaffenheit des Grundes des grossen Geschwüres im rectum, während nur eine Zunge von normaler Schleimhaut von oben her in das Geschwür hineinragt. Oberhalb Diphtherie des colon.

Fall 18. W., geb. K. 32 J. [4./I.] [141.]

Abgemagert, sehr blass, Unterhautfett nur spärlich, etwas dunkel; Musculatur dünn und blass. Haut selbst blass, am Thorax mehrere Flecke von Pityriasis versicolor. An den unteren Extremitäten zahlreiche Narben syphilitischer Geschwüre. Abdomen etwas gespannt. — Syphilis constitut. Ulcera syphilit. in Sromano et recto, perfor. in vagin. et telam pelvis cellulosam. — In den abhängigen Theilen der Bauchhöhle ziemliche Menge einer gelben eitrigen Flüssigkeit, das grosse Netz, die Därme vollständig überdeckend, an beiden Flächen von einer dünnen weichen Lage gelben rahmigen Eiters bedeckt. Im Becken finden sich sehr zahlreiche Verwachsungen zwischen den sämmtlichen Eingeweiden, so dass es schwer ist, die einzelnen derselben genau zu sondern. Doch lässt sich feststellen, dass der Uterus stark nach rechts geneigt ist. In der linken Beckenhälfte, etwas nach hinten, eine ausgedehnte Verjauchung, die nach unten bis nahe zu dem Damm herabreicht, nach oben bis zum ersten Kreuzbeinwirbel reicht. Schleimhaut der Blase blass, an der Urethralmündung livid, sonst ohne Veränderungen. Im Sromanum beginnen nach unten zu in Gruppen angeordnete Ulcerationen. Einzelne derselben kaum linsengross, die grösseren, durch Konfluenz entstanden, weit beträchtlicher ausgedehnt, mit Landkarten-ähnlicher Begrenzung. Der Rand der Geschwüre scharf abgeschnitten, etwas unterminirt, unter dem Wasserstrahl flottirend. Der Grund wird durch die Querschicht der muscularis gebildet. Die dazwischen erhaltenen Schleimhautabschnitte glatt, blass, graugelblich, ohne jede Injection. Ueber dem anus endet die Schleimhaut in einer Höhe von 12 Ctm. mit einem ausgefressenen Rande. Unterhalb dieser Stelle bildet das rectum eine Geschwürsfläche von grösserer Tiefe, als die früher erwähnten. Der Grund nirgends schorfig, von der muscularis gebildet, an einzelnen Stellen

trabeculär, indem die Verschwärung zwischen die Bündel der Ringfaserlager greift. Dicht am oberen Rande des ausgedehnten Geschwürs führen mehrere fistulöse Kanäle in die periproctitische Jauchehöhle. Ein anderer Fistelkanal, für eine dicke Sonde durchgängig, verläuft nach der vagina und mündet in zwei Gänge gespalten, über der hinteren Commissur der vagina. Die Umgebung der Fistelgänge von narbiger Natur. — Schleimhaut der vagina epidermoidal, etwas granulös. Uterussubstanz derb, von weisslicher Färbung. Schleimhaut glatt. Tuben durch die perimetritischen Adhäsionen geknickt, das abdomin. Ostium verlegt. — Ovarien klein, mit mehreren corpora albicantia. Im Douglas'schen Raum eine taubeneigrosse, mit klarer gelber Flüssigkeit gefüllte Cyste. Darmschleimhaut, ebenso die des Magens, blass ohne Veränderungen. Milz auf das Doppelte vergrössert, im Zustand subacuter, fleischiger Schwellung. Retroperitonealdrüsen stark geschwollen, graugelblich gefärbt, von fleischiger Consistenz. Mesenterialdrüsen nicht vergrössert. Mesenterium mässig fettreich. Fettleber. Nieren zeigen starke parenchymatöse Trübung der etwas schlaffen Rinde. — In den Vv. spermat. und iliacae vollkommne, in den Vv. fem. klappenständige Thromben. Einfache Emboli in den Aesten der Lungenarterie. Vereinzelte käsige Lobularhepatisationen in den Lungen. — Follikel des Zungenrückens hinten geschwollen. In der Umgebung der uvula einzelne narbige Stellen. Cervicaldrüsen nicht vergrössert. Herz klein, Klappen zart, Herzfleisch blass, grauroth, ziemlich derb.

Neben chronischen sehr festen Verwachsungen im Bereiche der Beckeneingeweide und neben den Veränderungen, die das syphilitische Gift in den verschiedenen Organen gesetzt, finden wir eine frische diffuse Peritonitis, sichtbar am grossen Netz emporsteigend aus dem Becken. Hier finden wir einen grossen Jauchecrerd, dessen Begrenzungen allerdings der Ausdehnung, aber nicht der Beschaffenheit nach festgestellt sind. Der Heerd steht mit den syphilitischen Ulcerationen am unteren Theil des rectum in Zusammenhang. Im Vergleich zu der Grösse der Verjauchung dürfte die secundäre Peritonitis als nicht sehr intensiv bezeichnet werden. Indess kommt hier die ziemlich beträchtliche Infection des Blutes in Betracht, wie sie sich aus den Veränderungen der verschiedenen Organe ergiebt, und wie sie bei der Cachexie des Individuums (Thrombosen) den letalen Ausgang recht sehr beschleunigt haben mag. — (Siehe Fall 33.)

Fall 19. August G. 69 J. [8./VI.] [360.]

Etwas heruntergekommen, mässiges Fettpolster. — Pneumonia catarrhalis acuta. Hernia cruralis dextr. incarc. — In der Bauchhöhle die Dünndarmschlingen durch geringe Massen eines grünlich gelben Eiters lose unter einander verklebt. Der grösste Theil derselben durch Gas stark aufgetrieben. Der Peritonäalüberzug stark geröthet. In der Beckenhöhle befinden sich noch zahlreiche Dünndarmschlingen, die stark collabirt sind. Von den untersten Theilen der stark aufgetriebenen Därme gelangt man zu einer am rechten Cruralring eingeklemmten Schlinge, deren Ueberzug ebenfalls stark hyperämisch. Der Bruchsack durch entzündliche Adhäsionen sehr fest mit dem umgebenden Fettgewebe verwachsen. — Faeculente Flüssigkeit von der Einklemmungsstelle bis zu den fauces. Schleimhaut des tract. intest. etwas geschwollen. Im lig. susp. hepat. eine apfelgrosse Echinococcusblase. Ihre Oberfläche unregelmässig, wird gebildet von zum grossen Theil verkalkten, zum Theil verkästen, offenbar schichtweise angeordneten Adhäsionsmassen.

— Infarctus renum et Nephr. interst. chron. Atrophia test sin. Pneumonia catarrhalis acuta. Endocardit. chron. ossific. mitr. et aortic. Hypertroph. ventr. sin. Dilatat. et hypertr. levis ventr. dextr.

In diesem Falle, wo der Tod durch katarrhalische Pneumonie von akutem Charakter erfolgt, haben wir es eigentlich mit dem allerersten Stadium der peritonitischen Reizung zu thun, wie sie sich zu der Einklemmung einer Dünndarmschlinge im rechten Cruralring gesellt hat. Starke Röthung der serosa und geringe Mengen eines grünlich gelben Eiters, welcher die Dünndarmschlingen lose mit einander verklebt. Nebenbei interessant ist die Einkapselung einer Echinococcusblase im lig. susp. hepatis in Adhäsionsmassen, von offenbar schichtweiser Anordnung. Wir werden Gelegenheit haben, das Verhalten der serosa gegen Echinococcusblasen noch öfters der Betrachtung zu unterziehen.

Fall 20. Z., geb. G. 62 J. [13./III.] [77.]

Schmutzig hellbraune Hautfarbe. Thorax oben eng, kielförmig vorgetrieben, etwas unterhalb der Mitte auffallend circulär eingeschnürt, nach abwärts trichterförmig erweitert. Kyphoskoliose der Wirbelsäule. Enchondroses supracartilag. symph. et ligg. intervertebral. — Hernia cruralis dextra incarc. operata. — In der Inguinalgegend eine etwas nach innen von der Mitte des Poupart'schen Bandes in senkrechter Richtung verlaufende, etwa 7 Ctm. lange Incisionswunde, durch drei Suturen geschlossen. Der Nabel in der Grösse einer Wallnuss kugelförmig vorgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich eine kleine schwielig verdickte membranöse Fortsetzung des grossen Netzes und des lig. gastrocolic. mit der Nabelgegend adhaerent; unter der serosa an dieser Stelle ein kirschgrosser Fettknoten. Sämmtliche nach abwärts vom Magen und colon transv. gelegene Darmschlingen, sowie das ganze Parietalblatt des Peritoneum ziemlich intensiv frisch hämorrhagisch geröthet, ebenso das colon transv. auf seiner unteren Fläche. Das stark retrahirte und atrophische Netz nimmt an der entzündlichen Veränderung keinen Antheil. Das Parietalblatt des Perit. im rechten Umfang der Bauchhöhle, sowie die Rückfläche des coecum und colon asc. zeigen reichliche vascularisirte Pseudomembranen und Ecrescenzen. Ebensolche sehr zahlreiche vascularisirte und frisch hämorrhagische Pseudomembranen und Ecrescenzen im Douglas'schen Raum. Die Organe der Bauchhöhle durch die bestehende Kyphoskoliose stark verlagert und difform. Auf der gleichzeitig so entstandenen Schnürfläche der Leber eine 2 Ctm. lange, reichlich vascularisirte Ecrescenz. Die Dünndarmschlingen ziemlich erheblich durch breiige, hellgrün gefärbte Kothmassen dilatirt, bis zu einer engen Sförmig gekrümmten, sehr weichen, schwarzrothen, mit schmutzig grünlichem Fibrin bedeckten, von ihrer Nachbarschaft durch eine ringförmige sehnige Einschnürung geschiedenen Darmpartie, aus welcher bei der leisesten Berührung, unmittelbar in der Einschnürung selbst, aus einem unregelmässigen Loch sich Darminhalt ergiesst. — Die betreffende Schlinge liegt vollkommen frei beweglich vor dem bis auf Fingerdicke erweiterten Eingang des rechten Cruralringes. Der Bruchsack selbst ist glattwandig, theils sehnig, theils blauroth. — Oberhalb des Cruralringes und etwas nach aussen findet sich eine hanfkorngrosse, von narbig zusammengezogenen Rändern umfasste Oeffnung im Parietalblatt des Peritoneum, durch welche man nur mit einer Sonde in den bis auf $1^1/_2$ Ctm. Länge obliterirten glattwandigen Kanal eines Leistenbruch-

sackes gelangt. — Auch unterhalb der Einschnürung ist der Darm mit Koth gefüllt. Das Dünndarmmesenterium verlängert, reichlich injicirt. Ulcus et cicatrix ventriculi, Atrophia levis dorsi linguae, Atrophia granularis cystica renum. Endocarditis mitralis et aortica. Endarteriitis deformans. Hypertrophia ventr. sin. cord. Perimetritis et Endometritis chron. Induratio callosa orif. uteri ext. et int. Colpitis laevigans.

Neben den Veränderungen, welche die Organe, theils in Folge der Kypsoskoliose, theils in Folge früherer Erkrankungen, theils auch in Folge des hohen Alters zeigen, finden wir, wie so häufig bei älteren Frauen, verschiedene, theils obliterirte, theils noch bestehenden Brüche. Im Zusammenhang mit dem Nabelbruch wäre die Atrophie und Retraktion des Netzes zu setzen, wobei interessant ist, wie dieses an frischeren Entzündungsprozessen keinen Antheil nimmt, eine Erscheinung, der wir auch noch einige Mal begegnen werden.

Bemerkenswerth ist die chronische circumscripte Peritonitis, welche von dem rechten Cruralring ausgehend, am colon entlang bis zur Leber sich erstreckt, um auf der andern Seite bis in den Douglas'schen Raum hinabzusteigen. Dieser Prozess hat jene vascularisirten Pseudomenbranen und Ecrescenzen geliefert, die wir schon im Fall 16 gesehen, und noch weiter betrachten werden.

Endlich haben wir eine frische diffuse Peritonitis, welche bis zum colon transv. und bis zum Magen emporgedrungen ist, und als die Folge angesehen werden muss des Kothaustritts aus der incarcerirt gewesenen Schlinge. Die Nekrose der Wand derselben gerade an der Einschnürungsstelle (wo die Schlinge selbst mit fibrinösen Belag versehen, nicht wohl als gangränös angesprochen werden konnte) giebt vielleicht einen Fingerzeig, wie die Indication für das Reponiren einer incarcerirten Schlinge in die Bauchhöhle möglicherweise enger bestimmt werden müsste, um für die späten Bruchoperationen eine günstigere Prognose zu gestatten, als es bis jetzt der Fall gewesen.

Der Fettknoten unter der serosa über den Nabelbruch interessant für die Aetiologie der Brüche im Allgemeinen.

Fall 21. H., geb. W. [6./VII.] [385.]

Schwächlich, aber gut genährt, sehr schlaffe Bauchdecken. Unter dem Nabel prominiren dieselben sehr stark und es schimmern einige prall ausgedehnte Darmwülste hindurch. Hernia Littrica for. obt. sin. incarcerata. — In der Bauchhöhle liegen einige stark ausgedehnte Dünndarmschlingen vor, nach Spaltung der Bauchdecken. Von rechts unten nach links oben verläuft das stark ausgedehnte colon transv. In den abhängigen Theilen des abdomen wenig trübes eitriges Exsudat. Die serosa der vorliegenden Därme überall intensiv geröthet und von einem matten Fibrinhauch überzogen. Das Colon asc. und das coecum sehr stark ausgedehnt und gefüllt, tief in's Becken hinabreichend. In's for. obt. sin. tritt eine Ileumschlinge, ohne dass es möglich wäre, dieselbe an dem unterhalb gelegenen, sehr stark kontrahirten Theil des Ileum herauszuziehen. Unmittelbar neben der obigen Schlinge tritt aus dem for. obt. eine andere Dünndarmschlinge, die im Gegensatz zu jener stark

dilatirt ist. — Von da aus verfolgt man leicht die Dünndarmschlingen bis zum Duodenum, immer in beträchtlicher Dilatation. Eine schon ganz lose Zerrung an diesem oberen Ende genügt, um das in's For. obt. eingezwängte Stück des Darmes herauszuziehen. Das eingeklemmte Darmstück ist sehr kurz und nur wandständig eingeschnürt, so dass das am Mesent. gelegene Stück der Darmwand ausserhalb der Einschnürung liegt. Die eingeklemmte Partie ist ganz livide, welche Tinction sich scharf absetzt an der Strangulationsmarke. Diese ist am schärfsten an der Seite wo der dilatirte Darmabschnitt beginnt. Hier geht die Einschnürung soweit, dass sie an einer kleinen Stelle von 3 Cent. die Darmwand ganz perforirt hat. Das For. obt. sin. ist so weit, dass man mit dem Zeigefinger eingehen kann. Der Bruchsack glatt, auf ihm liegt nach aussen eine bohnengrosse Lymphdrüse. Auch das For. obt. dextr. ist ein wenig weit, so dass man mit der Spitze des kleinen Fingers eindringen kann. Beide Nieren leicht parenchymatös getrübt. Die rechte Niere liegt tief auf dem M. iliacus. — Keine Veränderungen der Milz. — Calculi biliarii et Atrophia partialis constrict. hepatis. Im Dickdarm eine grosse Menge schwärzlich grauen, zähflüssigen Kothes bis zur Flex. sigmoid.; von da ab leer, ebenso das Rectum. Im unteren Theil des letzteren 4 linsengrosse, prismatische Geschwüre bis in die Mucosa reichend (clysma). Orif. uteri int. clausum, Endometritis haemorrhag. Endocarditis mitr. chron. levis Cyanose der Halseingeweide, Lungenödem, starke Schwellung der Follikel im Rachen, Tonsillen mit Eiter durchsetzt. Chronische Gastritis.

Die sehr frische diffuse Peritonitis in Zusammenhang mit der Perforation der eingeklemmten Darmschlinge, und zwar finden wir auch hier wiederum die Perforation im Bereich der Einschnürungsrinne, und zwar auf der Seite der dilatirten Darmpartieen. Die Verhältnisse, welche die incarcerirte Schlinge bei Versuchen, dieselbe aus dem For. obt. zu befreien, bietet, dürften für die Anwendung des regulinischen Quecksilbers, auch in diesen Fällen, insofern Berücksichtigung finden, als das Quecksilber durch seine Masse antiperistaltische Darmbewegungen vom Magen aus auslösend, vielleicht die Befreiung der eingeklemmten Hernie zu befördern im Stande wäre.

Inwiefern der Befund der beiden Foramina obt. neben dem Befund der einen Niere tief auf dem M. iliacus auf eine senile Relaxation der Gewebe zurückführbar sein dürfte, mag dahingestellt bleiben.

Todesursache, die diffuse Peritonitis. Die auf dem Bruchsack aussen aufliegende Lymphdrüse interessant, für die Differentialdiagnostik der Hernia for. obt.

Fall 22. M. geb. B. [27./VII.] [474.]

Ziemlich gut genährte Greisin mit tiefliegenden Augen. Abdomen nicht besonders aufgetrieben. Muskulatur dunkelroth gefärbt. — Hernia Littr. for. obt. dextr. incarc. — Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man das grosse Netz, als fettreiche Schürze die Därme in toto bedeckend, und an der linken Seite, am inneren Umfang des For. obt. sin., durch alte Adhäsionen angeheftet. Nach Zurücklegung des Netzes sieht man eine Anzahl stark ausgedehnter Dünndarmschlingen vorliegen, deren Serosa im Zustand einer intensiven hämorrhagischen Hyperämie ohne

nachweisbare Exsudation (siehe Divertikel) sich befindet. Dahinter wiederum viele andere, viel engere Dünndarmschlingen, mit blasser leicht schiefriger Serosa. Auch der Dickdarm ist in seiner ganzen Ausdehnung eng und contrahirt. In der rechten Hälfte des Beckens sieht man eine dilatirte Schlinge nach dem For. obt. dextr. zu treten und in dieses hineingehen. Daneben kommt aber aus dem For. obt. eine enge blasse Schlinge heraus, sich fortsetzend in den unteren Theil des Ileum. Die eingeklemmte Stelle befindet sich im Anfang des Ileum, die dilatirten Schlingen alle oberhalb. Der Darm im For. obt. rührt sich beim Anziehen der unteren Schlinge nicht, dagegen lässt er sich leicht herausziehen durch dauernden Zug an der oberen dilatirten Partie. Das in Form einer Littre'schen Hernie eingeklemmte Darmstück sieht blauschwarz aus, wie in beginnender Gangrän. In das For. obt. dextr. lässt sich nach Entfernung der Schlinge der kleine Finger einführen. Die Bruchpforte ist sehr scharfrandig, der Bruchsack reicht als kuglige Geschwulst unter die Oberschenkelmuskeln, dieselben emporhebend. Unmittelbar über der kugligen Geschwulst liegen einige kleine Lymphdrüsen. In das For. obt. sin. lässt sich der kleine Finger ebenfalls hinein bringen, allein blos auf eine kurze Strecke. Hier geht, wie schon angedeutet, das grosse Netz ein wenig hinein. Dicht hinter dem Duodenum schon in Jejunum, mehrere in's Mesent. reichende Divertikel, wovon drei kaum die Fingerspitze aufnehmen. Ein viertes Divertikel ist dagegen mehr als 3 Cent. lang, so dass sein Volumen dem einer Wallnuss gleicht. Die Serosa an diesem Divertikel und die des anstossenden Mesenterium missfarbig, wie nekrotisch. Der Inhalt gelblicher, dünnflüssiger Koth, wie im übrigen Dünndarm. Die Schleimhaut, sonst am Dünndarm glatt, zeigt sich hier geschwürig und an den nicht geschwürigen Stellen diphtheritisch. Die Schleimhaut in den übrigen Divertikeln intakt. — Weiter nach unten im Ileum zu beiden Seiten der eingeklemmten Stelle, nach oben und nach unten, zeigt die Schleimhaut hämorrhagische Hyperämie. Der unterste Theil des Ileum bis auf eine leichte Schwellung der Follikel intakt, ebenso die Mucosa des Dickdarmes. Nur im Rectum einige sehr umfangreiche, tiefe Geschwüre, deren Grund in der Submucosa liegt, glatt ist, während die Ränder steil abfallen. Die Farbe des Grundes schiefrig. — Milz schlaff, klein, Nieren consistent und hart, Herz mit derber, rothbrauner Muskulatur. Struma parenchymat. sin. Oedema pulmonum.

So ähnlich dieser Fall dem vorigen erscheint, theils in Bezug auf die Beschaffenheit und Umgebung des Bruchsackes, theils in Bezug auf das Verhältniss, welches sich auch hier beim Herausziehen der Darmschlinge darstellt, so bietet er doch manche Eigenthümlichkeiten, die zum Theil die Geschichte der Hernia for. obt. näher zu beleuchten im Stande sind, theils aber auch — und das ist das Bemerkenswertheste — für den Ausgang der Peritonitis diff. höchst interessante Ergebnisse liefern. Offenbar nämlich ist hier die Peritonitis diffusa nicht von dem incarcerirten Darmstück, sondern von dem längsten der vier Divertikel im Jejunum ausgegangen, dessen Serosa, sowie die des angrenzenden Mesenterium, missfarbig und nekrotisch, dessen Schleimhaut theils geschwürig, theils (und zwar an den nicht geschwürigen Stellen wiederum) diphtheritisch. Hierfür spricht der Ausgang der frischen diffusen Peritonitis, der an einer Anzahl von Darmschlingen zu constatiren ist, welche

dicht unter dem Netz liegen. — Ferner ist leicht zu ersehen, dass Infektionsstoffe leichter aus dem Divertikel, dessen Serosa nekrotisch, in welchem die Zersetzung der enthaltenen Kothmassen günstigere Verhältnisse finden muss, als in einer Littre'schen Hernie, — leichter, sage ich, in die Bauchhöhle gelangen können, als aus dem eingeklemmten Darmstück, welches zwar als gangränös bezeichnet wird, aber durch die Einklemmung selbst, ausserhalb der Grenzen der Bauchhöhle sich befindet. Ob die Stagnation des Kothes in dem Divertikel ausreicht, die Diphtherie seiner Schleimhaut und die nekrotische Beschaffenheit seiner Serosa zu erklären, oder ob hier noch andere Umstände als Causalmomente mit in Frage kommen, bin ich nicht im Stande zu entscheiden.

Fall 23. Anna H., Handarbeiterin, 18 J. [17./XII.] [602.]

Ziemlich gut genährt. Muskulatur von dunkler Farbe, etwas glänzend. Unterhautfettgewebe röthlich. Hautdecken blass. Bauch mässig aufgetrieben. — Calculi stercor. in proc. vermif. — Bei Eröffnen der Bauchhöhle entleert sich eine sehr reichliche Menge eines hellen schleimigen Eiters. Das Zwerchfell steht beiderseits ziemlich hoch. Die Serosa der Bauchwandungen und sämmtlicher Baucheingeweide ist trübe, mit theils fibrinösen, theils eitrigen Auflagerungen versehen, an vielen Stellen hämorrhagisch infiltrirt und vielfach mit benachbarten oder entfernteren Theilen verwachsen. Das Netz ist sehr stark geröthet, hat normale Lage und ist einerseits mit den Bauchdecken, andererseits mit den darunter liegenden Eingeweiden verwachsen. Hierdurch kommen abgekapselte und buchtige Höhlen zu Stande, die mit sehr grossen Mengen eines dicken hellgelben Eiters gefüllt sind, der nirgends Spuren faekaler Beimischung erkennen lässt. Insbesondere in der linken (?) Fossa iliaca findet sich eine sehr ausgedehnte, mit theilweise etwas käsigem Eiter gefüllte Höhle. Das Colon transv. ist mit dem Magen sehr fest verwachsen. Nach hinten und oben vom Magen, auf der convexen Fläche der Leber gleichfalls mehr weniger abgekapselte Heerde, die vom Zwerchfell begrenzt werden, das in der ganzen Ausdehnung sehr lebhaft an den beschriebenen Prozessen theilnimmt. Besonders an seinem dem Herzbeutel entsprechenden Abschnitt ist es mit sehr dicken Auflagerungen versehen. Bei der Herausnahme der Därme (vom Duodenum beginnend) gelangt man, nach Lösung der vielen Verklebungen, ohngefähr 3 Cent. oberhalb der Ileocoecalklappe an eine sehr stark hämorrhagische, zum Theil sehr missfarbene Partie der Serosa des Dünndarms, an welche der sehr stark verdickte und sehr missfarbige, grau gefärbte Proc. vermif. adhärirt. Die Verwachsung ist eine so innige, dass die Trennung nur durch Verlust eines Theils des serösen Ueberzuges des Proc. vermif. möglich ist. — Die Wand des Proc. vermif. zeigt hier eine blasige Auftreibung und ist an dieser Stelle bedeutend dünner, als am übrigen Theil. Mit dem Proc. vermif. ist an dieser Stelle auch die rechte Tuba und der rechte Eierstock adhärent (etwa am rechten Rand des letzten Lendenwirbels), so dass die Genitalien in Folge dessen eine erhebliche Dislokation nach rechts und oben erlitten haben. Ihr Ueberzug verhält sich hier gerade so, wie das entsprechende Stück der Dünndarmserosa. — Beim Aufschneiden zeigen sämmtliche Häute des Dünndarmes starke Verdickung, sind aber blass und sonst ohne wesentliche Veränderungen. Nur an der oben besprochenen, etwa 3 Cent. oberhalb der Valv. Bauhin. gelegenen Partie des Ileum, zeigt sich eine lebhafte Röthung, die nach

abwärts wieder verschwindet. Coecum und Colon ohne Abnormitäten. Der Proc. vermif. auf der Innenfläche von gelbbrauner Färbung, leicht fetziger Beschaffenheit, welche an der Einmündungsstelle in gleicher Intensität, wie im übrigen Theil des Wurmfortsatzes beginnt, sich ganz scharf abhebend von der völlig unversehrten Schleimhaut des Coecum. Etwa ½ Cent. unterhalb der Einmündungsstelle findet sich eine Kirschkern-grosse, an der einen Stelle konisch zugespitzte, an der anderen etwas abgebröckelte, bräunliche Concretion, die deutliche Schichtenbildung erkennen lässt. Die Wandung ist hier dünner, mit schwärzlichen Zeichnungen untermischt. In dem Endtheil des Proc. vermif. finden sich noch einige bis linsengrosse, bräunliche Concretionen. In der Umgebung des Proc. vermif. zeigen die Auflagerungen und die eitrigen Massen ganz dasselbe gute Aussehen wie in der ganzen übrigen Bauchhöhle. Es lässt sich auch eine eigentliche Perforationsstelle, soweit sich dies, nach der gewaltsamen Abtrennung des Wurmfortsatzes vom Dünndarm, noch erkennen lässt, nicht nachweisen. — Der seröse Ueberzug der Genitalien zeigt sehr starke Verdickungen, auch Auflagerungen, die besonders auf der rechten Seite vielfache Verklebungen herbeigeführt haben. — Mesenterialdrüsen etwas vergrössert und blutreicher. Der Magen enthält viel gallig gefärbte, mit zähem Schleim vermischte Flüssigkeit. Mehrfache Magengeschwüre, zum Theil bis auf die Muscularis reichend, zum Theil in Vernarbung begriffen. — Enteritis catarrhalis. Nephritis parenchymat. Hepatitis parenchymat. Hyperplasia lienis. Seröser Ueberzug der Leber zeigt dieselben Veränderungen, wie die übrigen Eingeweide. Die Auflagerungen auf dem Ueberzug der Milz gelblich, sehr derb. — In der Gallenblase sehr viel einer ausserordentlich zähen, theerartigen Galle. Ihre Schleimhaut normal. Endometritis et Colpitis catarrh. Oophoritis chronica. Die linke Pleurahöhle enthält eine geringe Menge einer Masse, ähnlich der Flüssigkeit in der Bauchhöhle, aber consistenter. Im Herzbeutel eine geringe Menge einer leicht trüben, dünnen Flüssigkeit. Das parietale Blatt des Pericardium ist auf dem hinteren und auf dem unteren Theil stark trübe, mit einer zottigen, leicht warzigen Auflagerung versehen. Oberfläche sehr rauh. Dem entsprechend befinden sich auf dem visceralen Blatt, an der hinteren Wand des Herzens, Verdickungen und Ecrescenzen, und daneben zahlreiche kleinere und grössere Hämorrhagieen. Das Herz mittelgross, etwas schlaff, Muskulatur sehr blass, etwas röthlich. Die linke Lunge ist durch frische fibrinöse Verklebungen an ihrem unteren Theil mit dem Zwerchfell fest verwachsen. Dem unteren Lappen entsprechend ist die Serosa mit dicken Auflagerunden versehen; ebenso der betreffende Theil der Pleura diaphragmatis. Die Pleura der rechten Lunge zeigt Trübungen und hämorrhagische Flecken, wie die linke. Dagegen fehlen hier die Auflagerungen und die frischen Verwachsungen. Das Gewebe der Lungen sehr stark blutreich, theilweise hämorrhagisch; besonders die unteren Lappen derb, fasst ganz blutleer. In dem dichteren Gewebe etwas hellere derbe, Heerde. Bronchien lebhaft geröthet, etwas verdickt. Mässige Schwellung der Schleimhaut der Fauces mit Vergrösserung der Follikel.

Der ursprüngliche Ausgang der diffusen Peritonitis ist unzweifelhaft in der Coecalgegend zu suchen. Für die septische Grundlage spricht das Fortschreiten des Prozesses auf Pleura und Pericardium, so wie die acuten Veränderungen der verschiedenen Parenchyme für eine gleichzeitige Infektion des Blutes zeugen dürften. Nicht so einfach ist die

Erklärung des Entzündungsprozesses am Bauchfell selbst. Eine Perforationsstelle ist nicht nachweisbar, im Gegentheil wird die Beschaffenheit des Eiters ausdrücklich als gutartig beschrieben. An einer Stelle hat sogar eine Art Verkäsung des Eiters begonnen, was wohl für einen mehr subacuten Verlauf des ganzen Prozesses sprechen dürfte. Der Befund der Bauchhöhle, die zahlreichen Eiterhöhlen, von einander durch die Verwachsungen der Darmschlingen getrennt, die mehr circumscripten Eiterabkapselungen auf der Serosa der Leber geben dem Gedanken eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass es sich hier um einen Entzündungsvorgang handle, der nach Art einer Phlegmone, vom Proc. vermiformis in dem subserösen Gewebe sich weiter ausgebreitet hat, begleitet von einer gleichzeitigen secundären Reizung der Serosa selbst, welche eben die Verwachsungen liefernd, den diffusen Durchbruch der Eiteransammlungen aus der Subserosa in's Cavum abdom. verhindern konnte. — Diese Peritonitis subserosa phlegmonodes mag hier nur angedeutet werden, um an einer späteren Stelle, nachdem eine Reihe ähnlicher Fälle uns noch vorgelegen hat, genauer erörtert zu werden.

Fall 24. B. [12./V.] [320.]

Schwach genährtes Frauenzimmer, schmutzig weisse Haut, Unterhautfett hellgelb, blassrothe Muskulatur. Narben am Schädeldach, ebenso am linken Unterschenkel zahlreiche Narben und zwei ziemlich grosse Incisionswunden. — Syphilis constitut. Ulcera diphth. coli. — In den abhängigen Theilen der Bauchhöhle reichlich 1 Litre Eiter mit Fibrinflocken, und zwischen den Dünndarmschlingen Fibrinheerde, zum Theil durch das Netz verdeckt. Vom unteren Rande des Netzes geht ein bindfadenstarker Strang zum Uterus hinab. — Uterus und seine Adnexe vielfach durch gefässreiche Adhäsionen mit einander verbunden. — Mesent. von mässigem Fettgehalt, seine Drüsen nicht vergrössert. — Schleimhaut des Dünndarms amyloid degenerirt (Jodreaktion). Einige Follikel der Peyer'schen plaques in käsiger Infiltration, allein ohne Verschwärung. Dagegen beginnt sofort in Coecum und Colon asc. eine zusammenhängende, tiefe Verschwärung von solcher Ausdehnung, dass bis zur Flex. hepat. hinauf nur kleine Inseln von intakter Schleimhaut erhalten sind. Die Geschwüre selbst haben dadurch eine sehr unregelmässige Begrenzung; ihre Tiefe ist eine sehr wechselnde; die meisten Geschwüre reichen bis in die Submucosa, einzelne bis in die Muscularis und letztere ist an einer etwa Viergroschenstück-grossen Stelle, so verdünnt, dass sie bei geringer Zerrung leicht einreisst. Diese Stelle liegt 7 Cent. über die Ileocoecalklappe, am äusseren hinteren Umfang des Colon asc. Hier ist auch das subperitoneale Zellgewebe, welches das Colon asc. von der Niere trennt, von gelben, dicklichen Massen infiltrirt. In der Nachbarschaft erreichen auch die peritonealen Exsudatschichten ihre grösste Dicke. — Von der Flex. hepat. an hört die Verschwärung auf und es finden sich nur wenige einzeln stehende Geschwüre mit schiefrigem Grunde. Im Colon. desc. und im Rectum ist die Schleimhaut etwas schiefrig und ödematös, ohne Verschwärung. Tubercula pulm. et pleurae. Degener. amyloid. lienis et renum. Endo- et Perimetritis et Colpitis chron.

Dass hier der diphtheritische Prozess im Colon durch die nekrotische Stelle der Serosa im oberen Theil des aufsteigenden Dickdarmes den Eingang in's Peritoneum gefunden, ist sehr wahrscheinlich nach dem Befund der Umgebung dieser Stelle. Inwiefern die akute Schwellung der drüsigen Organe in Folge der wohl anzunehmenden Blutinfektion, vielleicht durch die schon bestehende Degeneration dieser Parenchyme, weniger zum Ausdruck gelangt ist, mag dahingestellt bleiben. —

Wir wollen aber noch besonders in diesem Falle die Affektion des subperitonealen Bindegewebes in der Umgebung der oben beschriebenen Stelle des Colon asc., sowie die Mächtigkeit der peritonealen Exsudatschichten, entsprechend dieser Partie, bemerken.

Fall 25. Kr. geb. Schl., 38 J. [25./XI.] [617.]

Ziemlich abgemagert. Muskulatur mässig entwickelt. Bauch stark aufgetrieben. — Typhus abdom. Ulcera typh. intest. — Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Colon transv. stark ausgedehnt und erstreckt sich in einer S-förmigen Krümmung bis zur Symphyse, um von dort nach der Regio hypochondr. sin. zurückzukehren. Bei den Versuchen die verklebten Därme von einander zu lösen, wobei die Dünndärme sehr ausgedehnte Verwachsungen unter einander und mit dem Colon desc., als auch der vorderen Bauchwand zeigen, stösst man vielfach auf mit gelblich grünem Eiter gefüllte Höhlen. Im Cavum perit. selbst nur spärliche Mengen einer gelblichen, eiterähnlichen Flüssigkeit. Die Höhlen erstrecken sich einerseits bis zum Magen und Pancreas, andererseits bis zum serösen Ueberzug und in das Zellgewebe um Mastdarm und Uterus. Die Höhlenbildung und die Verwachsungen finden sich ohngefähr dem mittleren Theil des Ileum entsprechend, so dass ohngefähr das letzte 8 Cent. lange Stück des Ileum, oberhalb der Bauhin'schen Klappe, frei von Verwachsungen bleibt. Die Wandung der Eiterhöhlen von unregelmässig zottiger Beschaffenheit. An einzelnen Stellen setzen sie sich zwischen die Platten des Mesent. fort. Der seröse Ueberzug des leicht vergrösserten Uterus, sowie der etwas geschwollenen Eierstöcke (was besonders vom rechten Eierstock gilt mit zahlreichen Auflagerungen, vielfach mit den Därmen verwachsen. Sowohl im vorderen Theil, wie hinten im Cavum Douglasii finden sich einestheils mit jenen grösseren Eiterhöhlen in der Fossa iliaca sin. communicirende, anderntheils auch mehrfache isolirte, mit rahmigem Eiter gefüllte Abscessbildungen. Im M. iliopsoas, in oberflächlichen Schichten, stark grünliche Färbung. — Bei der Eröffnung des Darmes findet man, dass die Geschwürbildung zum Theil im Bereiche der verklebten Schlingen vorhanden ist. Es finden sich nämlich, vom unteren Theil des Ileum beginnend, zahlreiche umfängliche Geschwüre, bis auf die Muscularis reichend. Die Ränder erhaben, lebhaft geröthet. Daneben mehrfache graugelbe Einlagerungen in die Schleimhaut, die von Hanfkorn- bis zu Erbsengrösse variiren. Die solitairen Follikel durchweg vergrössert, auch im Colon. Die Serosa an einzelnen Stellen trüb und verdickt, und wie die Muscul. von graugrüner Färbung und äusserst brüchig. — Perforationsöffnungen von Seiten des Darmes konnten bei der grossen Brüchigkeit der Darmwände nicht nachgewiesen werden. — Die mesenterialen und die portalen Lymphdrüsen vergrössert, blutreich; auf dem Durchschnitt theilweise mit eingelagerten gelblichen, käsigen Massen. Hyperplasia hepatis et lienis. Nephr.

parenchym. recens. Metritis et Oophoritis chron. Bronchit. chron. Oedema pulm.

Dieser Fall scheint noch mehr wie die beiden vorigen, den Verlauf des Entzündungsprozesses in der Subserosa klar zu legen. Sehr interessant ist die Begrenzung der einzelnen Heerde auf das Gebiet derjenigen Schlingen, in denen sich die typhösen Geschwüre vorwiegend finden. — Die eitrige Infiltration der Subserosa, wahrscheinlich direkt durch die Muscularis durchgeleitet von den typhösen Geschwüren auf die sehr intensive Infiltration der Darmwände mit Typhusmasse lassen die graugelben, bis Erbsen-grossen Einlagerungen in die Schleimhaut schliessen, hat gleichzeitig insofern zu einer Reizung der Serosa selbst Anlass gegeben, als diese in der That an vielen Stellen getrübt und verdickt sich zeigt, zum Theil auch Verklebungen geliefert hat. Dass die Entzündung des subserösen Gewebes zu Abscessbildung geführt, zeigen uns die Heerde im Beckenraum. Die Bildung der Eiterhöhlen zwischen den Därmen, nach Analogie der Eiteransammlungen z. B. zwischen den Platten des Mesenterium, mag auf Perforation der Abscesse innerhalb der Verwachsungen zwischen den Darmschlingen beruhen, welche Perforation ja erleichtert werden musste durch die zum Theil graugrün gefärbte Serosa von äusserst brüchiger Beschaffenheit. Die Flüssigkeitsansammlung im Cavum peritonei nur gering.

Fall 26. Michael B., Maurer, 53 J. [11./XII.] [638.]

Ziemlich abgemagert, mässig entwickelte Muskulatur von blassrother Farbe. Haut etwas blass. Bauchdecken etwas aufgetrieben. — Gastritis phlegmonodes diffusa. In der Bauchhöhle über einen halben Schoppen einer trüben, mit zahlreichen weissen Flocken untermischten Flüssigkeit. Im Dünndarm und im Colon sehr reichliche stark gallig gefärbte Faecalmassen. Die Schleimhaut des Ileum ist verdickt und die Follikel leicht vergrössert, ebenso die Mesenterialdrüsen. — Der Magen enthält wenig mit Schleim gemischte Flüssigkeit. An der kleinen Curvatur findet sich eine Zweithalerstück-grosse Narbe von weisslicher Färbung und derber Beschaffenheit. In ihrer nächsten Umgebung findet sich eine ohngefähr Erbsen-grosse, schon durch das Gesicht und noch deutlicher durch das Gefühl wahrnehmbare, erhebliche Verdickung der Wandung, die sich beim Betasten weich anfühlt. Die Schleimhaut des Magens bis auf die Narbe anscheinend normal, höchstens etwas dicker, sonst blass, weisslich grau, ihre Oberfläche mit spärlichen schleimigen Auflagerungen. Ausser der oben angeführten Verdickung und Erhebung der Magenwand, finden sich noch mehrfache solche von verschiedener Grösse, aber derselben Beschaffenheit. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Mucosa blass, ebenso die Muscularis und die Serosa anscheinend unverändert. Die Anschwellung erscheint in der Hauptsache durch die Submucosa gebildet, welche als ein lockeres, eitriges Gewebe sich darstellt, worin ziemlich stark gefüllte Gefässe verlaufen. Der Inhalt der Gefässe durchweg flüssiges und dunkelrothes Blut. Der erst genannten Verdickung an der kleinen Curvatur entsprechend, findet sich auf der Serosa eine derbe, eitrige Auflagerung von etwas beträchtlicher Ausdehnung. Zugleich ist hier das lockere Gewebe, entlang dem Ansatz des Omentum minus, leicht

verdickt, stellenweise eitrig infiltrirt. Auch hier sind die Gefässe stark gefüllt, aber ohne sonstig nachweisbare Veränderungen. — An der Porta pylorica umfasst diese phlegmonöse Entzündung der Submucosa die ganze Wandcircumferenz des Organes. — Leber gross, an ihrer convexen Fläche mit dem Zwerchfell verwachsen, entsprechend der Verwachsungstelle desselben mit der rechten Pulmonalpleura (siehe unten). An dem freien Rande der Incisur zeigen sich auf dem serösen Ueberzug zahlreiche, weissliche, warzenförmige Auflagerungen, die der Serosa selbst angehören. Im Herzbeutel fast 60 gr. einer trüben eitrigen Flüssigkeit, daneben viel weissliche Flocken und Auflagerungen, zum Theil beide Blätter des Pericardium locker verbindend. Beide Blätter zeigen stellenweise diffuse Trübungen mit zahlreichen hämorrhagischen Flecken. Herzmuskel blass, schlaff, graurötlich. An allen Herzklappen Trübungen und Verdickungen, besonders an der Mitralis. Die rechte Lunge mit dem Zwerchfell durch frische, mit der Brustwand durch ältere Adhäsionen vereinigt. Obere und mittlere Lappen derb infiltrirt, schwarzroth, leicht körnig auf dem Schnitt. Daneben links Pneum. interst. chron. pigmentosa. Leberparenchym geschwollen, blass, graurötlich, acinöse Zeichnung verwischt. Trübung und Blässe der Nierenrinde beiderseits. Leichte Hyperplasie der Milz.

Vorliegender Befund, an sich so sehr bemerkenswerth durch die phlegmonöse Entzündung der Submucosa des Magens, ergiebt für uns den Ausgang für die auf's Pericardium und die rechte Pleura fortgesetzte phlegmonöse Entzündung des Bauchfells in der Umgebung des Magens — direkt von einer Phlegmone aus, wie solche in dem submucösen Gewebe der Magenschleimhaut Platz gegriffen. Die Infektion des Blutes charakterisirt durch die deutlich ausgeprägten Trübungen der Parenchyme von Leber, Milz und Nieren, dürfte neben der Erkrankung der Magenschleimhaut an sich, das letale Ende des Falles bedingt haben. Daneben die frische pneumonische Infiltration der Lungen, als erschwerendes Moment.

Fall 27. R. geb. M., Schlossergesellenfrau, 30 J. [3. XII.] [629.] Ziemlich abgemagert. Unterhautfettgewebe und Muskulatur mässig entwickelt. — Pneumonia chronica, Ulcera ilei et coeci. — Am Halse zu beiden Seiten wallnussgrosse verkäste Lymphdrüsen. — In der Bauchhöhle findet sich ziemlich viel trüben Eiters, der mit zahlreichen grauweissen Flocken gemischt ist. Eine ähnliche Flüssigkeit finden wir in sehr reichlicher Menge in der linken Pleurahöhle, in der rechten nur spärlich. Magen mit viel flüssigem Inhalt. Schleimhaut intakt. Im Dünndarm fast durchweg schiefrige Schleimhaut mit reichlichem Schleim bedeckt. In den unteren Abschnitten des Ileum zahlreiche circuläre, zum Theil die ganze Peripherie des Darmrohres einnehmende Geschwüre, an vielen Stellen bis auf die Muscularis dringend. Der Grund stellenweise mit kleinen grauen Knötchen besetzt. Die Ränder der Geschwüre etwas buchtig. — Der seröse Ueberzug der Därme, den Geschwüren entsprechend, vielfach trübe und mit leichten grauen Auflagerungen versehen. An einzelnen Stellen finden sich auf der so afficirten Serosa kleine graue Knötchen. Die Follikel des Dickdarmes zeigen mässige Schwellung. Im Coecum findet sich die Schleimhaut fast in der Ausdehnung eines Handtellers defekt, die Muscularis blosliegend, glänzend,

schnig, mit einzelnen schiefrigen Zügen; hie und da mit Resten der Schleimhaut bedeckt. — Auf den beiden Eierstöcken, sowie im hinteren Douglas'schen Raum finden sich reichlich graugelbe, frische Auflagerungen. Eierstöcke stark vergrössert, ihr seröser Ueberzug unter den Auflagerungen stark verdickt, uneben und lebhaft geröthet. Das Parenchym stark ödematös, darin einzelne cystische, bis Erbsen-grosse Bildungen, auch solide grauschwarze Heerde. Tuben ziemlich dick, Schleimhaut geschwollen, mit dicklichem Schleim belegt, Fimbrien sehr lebhaft geröthet und vergrössert. Auf der linken Seite am Ostium abdom. tubae eine gestielte Kirschkern-grosse Hydatide; darunter eine ebenso grosse, nur etwas breitere anscheinend lipomatöse Ecrescenz. Auf der rechten Seite, dem Parovarium entsprechend, eine ähnliche, wenn auch kleinere polypöse Wucherung. Der Uterus zeigt Endometritis chron. — Beiderseitige parenchymatöse Nephritis, tiefe Narben an der Oberfläche der Nieren mit gelblichen fleckigen Zügen; glasige Streifen in der etwas schmalen Rinde. Leber mittelgross. Der Ueberzug des rechten Lappens mit ausgedehnten, übrigens leicht abziehbaren, frischen Auflagerungen. Parenchym blass, ausgedehnte fettige Zeichnungen, die Acini deutlich. Rechte Pleura durch vielfache Adhäsionen mit dem Zwerchfell verwachsen, zeigt auch frische Auflagerungen. Pleura linkerseits, besonders am Pulmonalblatt, durchweg trübe, reichlich vascularisirt, die meisten Stellen mit graugelben, leicht abziehbaren Auflagerungen. Hier war die grosse Menge jener trüb citrigen, mit reichlichen, grauweissen Flocken untermischten Flüssigkeit vorhanden. Das parietale Blatt des Herzbeutels, soweit es an die linke Pleurahöhle grenzt, mit reichlichen Vascularisationen und kleinen hämorrhagischen Flecken. Viscerales Blatt fast durchweg mit dem parietalen Blatt verwachsen, so dass die Trennung beider nur mit Mühe möglich ist. Verfettungen in der Aorta. — Endocarditis mitralis, myositis fibrosa. Degen. amyloid. lienis et Infarctus. Auch die bronchialen und mesenterialen Drüsen käsig entartet. Narben am weichen Gaumen; kleine, kurze Uvula.

Absehend von der möglichen Ursache, welche der Verkäsung fast der meisten Lymphdrüsenstränge, sowie die tiefen Narben an der Nierenrinde, als auch die Verfettungen in der Aortenintima als Endprodukte geliefert, wozu sich secundäre Tuberkulose der Lungen und des Darmes hinzugesellt, haben wir noch die Ueberreste älterer chronischer Prozesse am Genitalapparat zu constatiren, deren frische Steigerung (sei es durch die neuere Oophoritis, oder noch wahrscheinlicher durch die frisch angefachte und sich auf's Bauchfell, fortsetzende katarrhalische Salpingitis) die frischen circumscripten Auflagerungen auf der Serosa der Beckeingeweide zur Folge gehabt hat. — Sodann begegnen wir den peritonischen wenn auch leichten Auflagerungen auf dem Bauchfellüberzug der Därme, deutlich entsprechend der Anordnung und Vertheilung der tuberkulösen Darmgeschwüre. Endlich müssen die frischen Beschläge auf der Convexität der Leber in Zusammenhang gebracht werden mit der auf der rechten Pleura neu aufflackernden Entzündung. — Wenn so im ersten Augenblick der Prozess auf dem Peritoneum als ein diffusser erschienen sein mag, so zerfällt er jetzt klar in die Affektion der serösen Ueberzuge von Darm, Genitalien und Leber, wo der Perihepatitis, Peri-

enteritis, Perisalpingitis und Perioophoritis u. s. w. bestimmt ausgeprägte lokale Ursachen, entzündliche Prozesse der betreffenden Organe zu Grunde liegen (wenn auch bei der Leber nicht direkt). Alle die einzelnen Prozesse im Peritoneum mögen, zusammengenommen, die ziemlich beträchtliche Ansammlung von Eiterflüssigkeit im cavum abdom. rechtfertigen. — Tod entschieden in Folge der Cachexie und besonders der Affektion der Respirationsorgane (Empyema sin.).

Fall 28. Sch. geb. E., 36 J. [24./XI.] [615.]

Sehr stark abgemagert, schlecht genährt. — Tuberculosis. Ulcera tub. ilei. In der Bauchhöhle ziemlich viel gelbliche, trübe mit reichlichen Flocken gemischte Flüssigkeit. Das perit. parietale ist in der rechten Fossa iliaca mit vielen Hämorrhagieen durchsetzt, etwas trübe. Ebenso sind mehrere Darmschlingen in der Fossa iliaca, sowie das Netz stark geröthet und zum Theil mit röthlich gelblichen Auflagerungen versehen. Am Parietalblatt erstreckt sich die eben beschriebene Veränderung bis zum Nabel, resp. bis zum Ueberzug der Blase; nach hinten verliert sie sich am peritonäalen Ueberzug des grossen Beckens. Schleimhäute des Darmes durchweg intensiv grau. Von der Mitte des Ileum an, nach unten zu, treffen wir auf tuberkulöse Geschwüre, welche das Darmrohr ringförmig umgreifen und bis $2^1/_2$—3 Ctm. breit sind. Auf ihrem Grunde finden sich Tuberkelknötchen, die besonders auch auf den entsprechenden Stellen der Serosa deutlich sichtbar sind. Die Serosa selbst ist, den Geschwüren entsprechend, stark trübe und reichlich vascularisirt zwischen den vielen grünlichen, glasigen Knötchen. — Blasenschleimhaut ziemlich lebhaft geröthet. Ueberzug derselben, aber auch derjenige der Eierstöcke stark vascularisirt. Uterusgewebe sehr derbe, blass, Schleimhaut mit glasigem Schleim bedeckt, sehr schlaff. Mesenterialdrüsen etwas vergrössert und blutreich, auf dem Durchschnitt leicht markig. — Atrophia fusca cordis, Phthisis pulm. Bronchitis chron. — Anaemia universalis.

Die circumscripte Peritonitis in der fossa iliaca dextr. wahrscheinlich mit tuberkulösen Geschwüren in den betreffenden Darmschlingen korrespondirend, wo die Tiefe der Geschwüre wohl eine beträchtliche, sowie die Zahl der letzteren eine grössere sein muss. — So reicht der Prozess auch am Parietalblatt blos zum Ueberzug der Blase, auf der anderen Seite blos bis in's Becken hinab. Die Affektion der serosa des Genitalapparats und der Blase chronischer Art, wie die Entzündungszustände dieser Organe. —

Sonst auf der Darmserosa wiederum die circumscripte Reizung entsprechend den einzelnen tuberkulösen Geschwüren. Daneben Tuberkeleruption. — Tod durch Marasmus.

Fall 29. Frau M., 38 J. [21./XII.] [649.]

Tuberculosis. Ulcera tuberc. intest. ten., coeci et coli asc. In der Bauchhöhle ziemlich reichliche Menge einer trüben, eitrigen Flüssigkeit mit zahlreichen weisslichen Flocken. Solche Flocken in grosser Verbreitung auf der Oberfläche des Darmes, der Leber. — Der Magen enthält wenig Speisereste. Schleimhaut intakt. In der Nähe der kleinen Curvatur finden sich nur vier seichte Defekte der Schleimhaut, deren Grund glatt ist und von blasser Färbung. Im Dünndarm zeigen sich

die Follikel vergrössert, an einzelnen Stellen exulcerirt. Die serosa an den entsprechenden Stellen verdickt mit fibrinös-eitrigen Auflagerungen versehen. Die Ränder der Geschwüre sind stark erhaben, an einzelnen Geschwüren leicht körnig. Den Grund bildet die muscularis, die mit Gewebsfetzen bedeckt ist, und besonders an einer Stelle ausserordentlich dünn erscheint. In der Umgebung dieser Stelle sind die Dünndarmschlingen mit einander verwachsen, während an den meisten anderen Stellen eine Verwachsung nicht zu Stande gekommen ist. Oberhalb der valvula Bauhini findet sich, auch noch ein ähnliches, ziemlich umfängliches Geschwür. Die Peyerschen plaques sind hier stark geschwollen. In coecum und colon asc. eine ziemliche Zahl rundlicher Geschwüre, in deren Mitte die Schleimhaut völlig defekt, deren Umgebung lebhaft geröthet erscheint. — Im hinteren Douglas'schen Raum viel rahmiger, guter Eiter. Die serosa des uterus durch zahlreiche fibrinöse Auflagerungen mit einzelnen Dünndarmschlingen leicht verwachsen. Trennt man die losen Verbindungen, so erscheint der Ueberzug des uterus darunter völlig glatt. Wir finden auch an den Genitalien blos chronische Prozesse: Metritis et Endometritis chron. Oophoritis et perioophoritis chron. — Blase normal. Nur die Venen der ligg. lata mit derben Gerinnseln gefüllt, die auf der linken Seite an einzelnen Stellen fest adhärent sind, auch theilweise Entfärbung zeigen. Die Venen zur Seite des Uteruskörpers und des cervix uteri vollständig frei. — Hepatitis et Nephritis parench. Hyperplasia levis lienis; Perisplenitis chron. Pleuritis adhaesiva dupl. Ulcera bronch. chron. ectat. Tracheobronchit. Oedema glottid. Die Pleura der linken Lunge diffus trübe und besonders an der dem Zwerchfell zugekehrten Fläche mit zahlreichen hämorrhagischen Flocken. Auf der pleura pulm., zahlreiche, kleine hanfkorngrosse Knötchen, die, wie sich beim Einschneiden ergiebt, an den Stellen am häufigsten zu sein scheinen, wo die käsigen Heerde in der Lungensubstanz am nächsten an die Peripherie herantreten.

In diesem Falle haben wir die verschiedenen Grade der circumscripten Peritonitis neben einander, und zwar im Zusammenhang mit der verschiedenen Grösse und Tiefe der tuberkulösen Geschwüre. — So zeigen sich fibrinöseitrige Auflagerungen entsprechend den exulcerirten Follikeln im Duodenum, ohne dass die Darmschlingen mit einander verklebt wären. Solche Verklebungen finden wir an einer anderen Partie von Darmschlingen, die auch mit dem Uterus verlöthet sich zeigen. Allein die serosa des letzteren ist durchaus nicht an der Entzündung betheiligt. Der im Douglas'schen Raum reichlich angesammelte rahmige Eiter wahrscheinlich von der serosa der betreffenden Darmschlingen geliefert. Endlich finden wir ein Darmgeschwür, wo die muscularis als besonders dünn bezeichnet ist und hier treffen wir schon festere Verwachsungen der Därme. Es muss das Geschwür hier allmälig in die Tiefe gegriffen haben, während die übrigen Prozesse auf der serosa frischeren Datums und die Folge einer ziemlich intensiven Reizung sein dürften. Die älteren Thromben in den Venen ligg. lata, sowie die leichten Trübungen der Parenchyme (da Sepsis auszuschliessen) nicht genügend erklärt. —

Bemerkenswerth die zwar so häufig schon beobachtete, allein doch

anzuführende Eruption von Tuberkeln auf der pleura pulmonalis, entsprechend den käsigen Heerden in der Lungensubstanz. —

Fall 30. Herrmann Sch., Tischler, 39 J. [23./XII.] [658.]

Mässig gut genährt, mässig entwickelte Muskulatur von blassrother Färbung. Unterhautbindegewebe fettarm. — Phthisis pulm. Ulc. tubere. intest. — In der Bauchhöhle eine grosse Menge einer trüben Flüssigkeit mit zahlreichen Flocken vermischt. Die Baucheingeweide zeigen an einzelnen Stellen (siehe unten) leichte Auflagerungen. Im Magen viel flüssiger Inhalt. Schleimhaut an einzelnen Stellen schiefrig, im Ganzen blass. Im Dünndarm viel gallig gefärbte Faecalmassen. Schleimhaut, besonders die Zotten, zum grössten Theil schiefrig gefärbt. Im unteren Theil sind die Solitairfollikel theils vergrössert, zum Theil tief geschwürig. Weiter nach abwärts nehmen sie an Grösse und an Zahl erheblich zu, besonders in der Gegend der Bauhinschen Klappe. Hier finden sich Geschwüre in grosser Zahl auch innerhalb der plaques. Die entsprechenden plaques sind stark geschwollen und zum Theil vollständig geschwürig. Auch im coecum und im colon asc. finden sich umfängliche Defekte, welche die ganze mucosa bis in die muscularis hinein durchsetzen. In der Umgebung der Geschwüre im Dünndarm nimmt man hie und da einzelne graue Knötchen wahr. Ebenso zeigt die serosa an den entsprechenden Stellen kleine Knötchen und die oben erwähnten Auflagerungen. — Infiltration und Höhlenbildung in beiden oberen Lungenlappen, Hyperämie und Knötchenbildung in den unteren. Angina faucium, Ulceration an der vorderen Fläche des rechten Giessbeckenknorpels. Leichte Endocarditis mitralis. Endaortitis verrucosa an der hinteren Aortenklappe. Amyloide Degeneration der Milz und der Nieren. Muskatnussleber. Nichts Abnormes an den Genitalien.

Auch in diesem Falle wiederum circumscripte peritonitische Exsudationen, entsprechend den tuberkulösen Geschwüren im Darme. — Ich wollte der Uebersicht wegen noch einige Fälle anfügen von diffuser Tuberkulose des Peritoneum, ohne exsudative Prozesse: theils auch Fälle von circumscripten Eruptionsheerden von Tuberkeln auf der serosa, entsprechend tuberkulösen Darmgeschwüren, ebenfalls ohne nachweisbare peritonitische Prozesse; indessen sind diese Fälle so häufig, dass ich von ihrer Beschreibung — schon der Raumersparniss wegen — Abstand nehmen darf. —

Fall 31. H., 68. J. [15./X.] [519.]

Gross, kräftig, mässig entwickelte Muskulatur. Unterhautfett ziemlich spärlich, Haut trocken, spröde, besonders an den Extremitäten. — Fungöse Entzündung des rechten Ellenbogengelenks. — Oedema cerebri chronicum. Hernia inguinalis duplex. — Beim Eröffnen der Bauchhöhle findet man nicht nur sämmtliche Eingeweide unter sich, sondern auch ihrerseits mit der Bauchwand verwachsen. Insbesondere sind die Darmschlingen fest mit einander verschmolzen, wie die einzelnen Abschnitte derselben auch durch Stränge von ähnlicher Beschaffenheit mit der Wand des Leistenkanals verbunden sind, in welchen ein Theil ihrer Peripherie hineingezogen ist. Trotz dieser allgemeinen Verwachsung ist die Lage der Eingeweide im Ganzen normal. Pneumonia chron. indurat. Pleuritis chron. adhaesiv. Nephritis chron. Phlebectasia vesicae urin. Ulcera colli vesicae. Phlebect. recti. Hyperplasia prostat. Hydrocele dextr.

Die diffusen Verwachsungen in der Bauchhöhle, ob ein chronischer Prozess, in Zusammenhang mit den Leistenbrüchen, oder ob die Ueberreste einer glücklich überstandenen akuten Entzündung — jedenfalls interessant, wegen der fast gar nicht afficirten Normallagerung der Eingeweide. —

Fall 32. S. geb. Br. [13./XI.] [609.]

Mittelgross, etwas mager, sehr blasse Haut. An den unteren Extremitäten stark ausgedehnte Venen. — Diphtheritis coli. — Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine ziemlich reichliche Quantität klarer hellgelber dünner Flüssigkeit. – Milzkapsel stark runzlich getrübt, das Milzparenchym derb, Follikel fast gar nicht sichtbar. Nieren parenchymatös entzündet, dabei von früher her geschrumpft, mit mässiger Verdickung der Kapsel. – – Leber sehr gross, fettig infiltrirt. Im Dünndarm reichliche dünnflüssige Massen, im Colon dünnbreiiger, faeculenter Inhalt. Schleimhaut des Jejunum beträchtlich aufgelockert, weiter nach unten beträchtliche Schwellung der Follikel. Im colon asc. verschieden grosse, narbige Stellen. Weiter nach dem colon transv. zu neben netzförmigen, pigmentirten Zügen, in der Richtung nach dem colon desc. zu, an Zahl immer mehr zunehmende Geschwüre. Zum Theil liegen dieselben quer zur Längsaxe des colon, übrigens sind sie länglich und haben unregelmässige Ränder. Im rectum prävalirt die Ulceration so stark, dass intacte Schleimhaut nur in Form isolirter Inseln stehen geblieben ist. Der Geschwürsgrund ist gereinigt und greift ein wenig in die submucosa. Dagegen erscheinen die intakten Schleimhautbezirke schmutzig grau, stark aufgelockert und ödematös. Injection der feineren Gefässe findet sich nur im untersten Theil des rectum. — Vaginalschleimhaut glatt; portio vaginalis zeigt mehrfache, sehr tiefe Einrisse. Der Uterus klein, derb, die Schleimhaut in den obersten Schichten leicht rostfarben. Ueber dem orif. int., in der Ausdehnung einer Linse, eine netzförmige feinweissliche Zeichnung. Peritonealüberzug der Ovarien sehr verdickt, Gewebe fibrös. Beide Tuben durch peritonitische Adhäsionen an letztere festgelöthet. Im Douglas'schen Raum sparsame, einzelne, pseudomembranöse Züge. Beim Auseinanderziehen derselben zeigt sich das Peritoneum etwas verdickt, mit einem sparsamen fibrinöseitrigen Belege bedeckt. — Anasarca, Oedema pulmonum, Hydrothorax dextr. —

Neben Ueberresten chronischer Prozesse an der Milz, den Nieren und dem Darm, finden wir frische Diphtherie des Dickdarmes, welche auch hier mehr das intakte Gewebe, als die Geschwürsflächen betroffen zu haben scheint. — Mit diesem Prozess hängt auch der fibrinöseitrige Belag zusammen auf der Serosa des Cavum Douglasii. Das Weitere in dieser Beziehung mag jedoch erst bei den puerperalen, vom Uterus und seinen Anhängen ausgehenden peritonealen Affektionen besprochen werden, zu welchen dieser Fall den Uebergang bilden soll. Hier konstatiren wir nur die circumscripte peritoneale Reizung im Douglas'schen Raum, in Connex mit der Diphtheritis coli, und die gleichzeitige Affection des Parenchyms der drüsigen Organe in der Bauchhöhle.

Wir reihen sogleich zwei Fälle an, die unter die Rubrik der Harnblase und ihrer Adnexen gehören sollen.

b) Blase.

Fall 33. R., Schuhmacher, 80 J. [24./IV.] [271.]

Aeusserst abgemagert, schwache Muskulatur, schmutzig gelbe Haut. Am linken Fussgelenk eine alte Schusswunde. — Via falsa urethrae, Cystitis. — In der Urethra Substanzenverluste und ein falscher Weg unter die Schleimhaut. Das Gewebe der Harnblase eitrig infiltrirt. Die Blasenschleimhaut in ein unregelmässiges Geschwür umgewandelt. Darauf eine dicke Lage von zusammengebackenem Eiter. Der Inhalt der Harnblase eine grosse Menge einer übelriechenden, missfarbigen Jauche. In beiden Nieren pyelonephritische Abscessheerde, grösser und zahlreicher in der rechten Niere. Schleimhaut des Nierenbeckens stark injicirt und geschwellt. Die Kapsel der rechten Niere von ziemlich beträchtlichen, eitrigen, konsistenten Massen umgeben. In der Unterleibshöhle eine geringe Menge eines flüssigen, sehr trüben und flockigen, hellgelblichen Exsudates. Sämmtliche Darmschlingen unter einander lose verklebt durch faserstoffige, wenig massenhafte Auflagerungen. Ebenso befinden sich über und in der ganzen Umgebung der Blase dieselben frischen Faserstoffmassen. Im Darm vielfache Geschwüre (tuberkulöse?). Da wo dieselben besonders zahlreich, gross und tief sind, wie im unteren Theil des Ileum, sehen wir auf dem entsprechenden serösen Ueberzug eine Unzahl kleiner, weisser Knötchen. Die Milz, deren Oberfläche von frischen lockeren fibrinösen Auflagerungen bedeckt ist, erscheint auf dem Durchschnitt weich, grauroth, mit undeutlich sichtbaren Follikeln. Die Leber zeigt auf der Kapsel hie und da Faserstoffexsudation. Das Organ selbst ist leicht vergrössert, weich, Acini klein, bedeutender Fettgehalt. — Endocarditis chronica aortica, Endarteriitis chronica, Induratio pigmentosa pulmonum, peribronchitis et Oedema pulm.

So bestimmt die Peritonitis als diffus angesprochen werden muss, so klar ihr Ausgang ist von der jauchigen Verschwärung der Blase (jauchig wahrscheinlich in Folge der Harnzersetzung), so ist doch bemerkenswerth, wie die diffuse Entzündung der Serosa modifizirt wird auf den Ueberzügen der einzelnen Organe durch den Zustand, in dem sich letztere befinden. So stossen wir auf beträchtlichere Exsudatmassen zunächst auf der Blase, dem Ausgangspunkt des Prozesses, dann aber besonders auf der Kapsel der rechten Niere, wo allerdings die pyelonephritischen Abscesse zahlreicher und grösser sich gezeigt haben. Auch der Ueberzug der Milz zeigt stärkere Exsudation neben stärkerer Affektion vielleicht des Parenchyms, als die Leber, deren seröse Hülle sparsamere Auflagerungen aufweist. Die beim Auftreten der diffusen Peritonitis schon vorhandenen Tuberkeleruptionen auf der Darmserosa, sowie in zweiter Linie die Darmgeschwüre selbst, scheinen keinen Einfluss auf den akuten Prozess an den entsprechenden Stellen des Bauchfells geübt zu haben. — Die parenchymatösen Entzündungen der genannten Organe sind zu deutlich, um die Infektion des Blutes noch fraglich zu machen. — Die Sepsis sammt der Peritonitis werden wohl auch bei dem marantischen Greis, die durch Cystitis und Pyelonephritis an sich schon sehr trübe Prognose, in die Nothwendigkeit eines letalen Ausgangs umgewandelt haben.

Fall 34. Sch. geb. B. 46 J. [30./V.] [345.]

Sehr schwächlich, atrophisches Fett und Muskelgewebe. — Pneumonia catarrh. Diphteritis vesicae. — Im kleinen Becken Ansammlung einer mässigen Menge jauchigen, sehr übelriechenden Eiters. Ovarien wie Tuben beiderseits durch eitrig fibrinöse Adhäsionen an die Beckenwand befestigt. Rectum sehr stark ectatisch, stark injicirt und mit viel Kothballen gefüllt. Dicht am Anus mehrere bis olivengrosse, bis auf die Muscularis reichende Geschwüre mit glatten, wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen Rändern. Die Umgebung des Afters in ein kontinuirliches Narbengewebe verwandelt. — Blase stark kontrahirt, enorm verdickt. Ihre Schleimhaut vollständig ulcerirt, schmutzig weissgrünlich belegt. Von der Geschwürsfläche führen beiderseits Perforationen in zwei Eitersäcke, die zu beiden Seiten der Blase sich finden, und die ligg. lata in eine in Zerfall begriffene, eitrige Masse verwandelt haben. Ebenso, namentlich links, das die Tuben und den Eierstock umgebende Gewebe durch entzündliche Adhäsionen mit den Heerden verbunden. Pyelonephritis dextr. et Degen. amyl. ren. dextr. Degen. amyl. cum Atrophia et Cystides ren. sin. Pneumonia catarrh duplex. Bronchitis Cicatrices palat. moll. An den Genitalien nichts Bemerkenswerthes.

Die amyloide Degeneration und Atrophie der Nieren, sowie der Befund in der Umgebung des Afters als auch im Rectum, aber auch die Narben am weichen Gaumen sprechen wahrscheinlich für die Folgen einer konstitutionellen Lues. Auch die Entzündung der Blase ist kein frischer Prozess. Mit ihr stehen die adhäsiven Produkte an den Beckenorganen, sowie die eitrige Infiltration der ligg. lata in Verbindung, ebenso die pyelonephritischen Heerde in der rechten Niere. Der diphtheritische Charakter der Cystitis ulcerosa dagegen ist eine neue Acquisition, und da das Individuum der Abtheilung für Geisteskranke angehört hat, wahrscheinlich auf Kunsthilfe zu beziehen. Die Diphtheritis, indem sie den entzündlichen Prozess in der Blase gesteigert hat, mag zur Perforation der Blase in die Abscessheerde im Gewebe der ligg. lata geführt und den Zerfall der letzteren befördert haben. Auch ist die jauchige Beschaffenheit des Eiters im Cavum Douglasii mit der Diphtheritis im Zusammenhang. — Trotz der Ansammlung von jauchigem Eiter in der Bauchhöhle, trotz des Zerfalls des Gewebes der ligg. lata, keine Sepsis (dieselbe könnte zum Theil wegen der Degeneration der Organe weniger deutlich zum Ausdruck kommen) — aber auch keine Peritonitis. Dieser Fall könnte in der That als eine Abnormität erscheinen, wenn nicht die katarrhalische Pneumonie das sehr schwächliche Individuum eher getödtet hätte (auch das Sektionsprotokoll nennt die katarrhalische Pneumonie als Todesursache), ehe die jauchigen Massen Zeit gehabt haben, ihre infektiösen Wirkungen zu äussern.

Dieser Fall ist um so lehrreicher, als wir besonders unter den puerperalen Befunden auf mehrere stossen werden, deren Erklärung ähnliche Wiedersprüche ergeben müsste, wenn wir, statt einer genaueren Prüfung der Umstände, uns von einer blos oberflächlichen Betrachtung leiten liessen.

Der besseren Uebersicht wegen will ich hier gleich noch ein Paar Fälle beifügen, die eigentlich erst später abgehandelt werden sollten,

und zwar: Fall 35 und 36 (bei den inneren Wänden, ohne direkte Kommunikation mit der Aussenwelt, unter der Rubrik: Leber, und Fall 37 unter der Rubrik: Netz und Mesenterium s. Anhang zu obiger Abtheilung).

Fall 35. L. [17./I.] [150.]

Starke Abmagerung, Abdomen aufgetrieben, grüner Icterus. — Bronchopneumonia duplex. Stenosis ductus choled. — In der Bauchhöhle mehrere Litres einer dunkelbraun-grünlichen Flüssigkeit, von fadenziehender Beschaffenheit, welche sehr reichliche, lockere, fibrinöse Abscheidungen beigemischt sind. In den tieferen Theilen des Abdomen, besonders in der Beckenhöhle ist die Flüssigkeit von derselben Farbe, aber mehr wässriger Konsistenz. Die Leber ragt nur wenig über den Rippenrand hervor. In der Linie des Proc. xiph. ist das Peritoneum am visceralen und am parietalen Blatt von reichen, icterischen, fibrinösen Lagen überzogen, denen vielfach kleine hämorrhagische Produkte beigemischt sind. In der Gegend der Gallenblase vielfache Adhäsionen, von der inneren Fläche der Leber zum Duodenum und zur Gallenblase hinziehend und letztere vollständig einhüllend. Diese Adhäsionen trennen sich, ohne dass an irgend einer Stelle eine abnorme Kommunikation zwischen Magen und Gallenblase nachzuweisen wäre. An der stenosirten Stelle des Ductus choledochus zeigt sich eine sternförmige Narbe, deren Strahlen von allen Seiten zusammenschiessen, nach aussen zu den Kopf des Pancreas in die Verwachsung hineinziehend. Auch das Gewebe selbst des Pancreas ist von Schwielen durchsetzt und von ausserordentlich derber Beschaffenheit. Die Leber selbst klein in allen Dimensionen. Kapsel runzlich und uneben. In Folge der narbigen Stenose des Ductus choled., Dilatation desselben und der Ductus biliferi. Schrumpfende Cholecystitis und Gallensteine. Im Dünndarm über der Ileocoecalklappe hämorrhagische Diphtherie in einer Ausdehnung von über 5 Ctm. — Ascites. —

Ob mit der Anwesenheit der Gallensteine und der Cholecystitis in Zusammenhang oder als Begleiterin eines chronischen, diffusen, interstitiellen Prozesses in der Leber, auf jeden Fall erscheint die Entzündung des Peritoneum in diesem Falle als ein circumscripter, auf die Lebergegend beschränkter Prozess. Wir unterscheiden neben den älteren Adhäsionen und schwieligen Verdickungen, die zu theilweise sehr starken Konstriktionen Anlass gegeben, frischere Reizungsprozesse, welche sich als ziemlich reichliche, icterisch gefärbte, fibrinöse Auflagerungen mit Beimischung zum Theil hämorrhagischer Produkte dokumentiren. — Das Individuum ist an Bronchopneumonie zu Grunde gegangen.

Fall 36. Frau Mlr. [3./VI.] [351.]

Abgemagert, sehr heruntergekommen. Haut graugelb. Pleuritis fibrinosa. Echinococci multipl. — In der linea axill. findet sich in der Höhe der 7. Rippe eine Oeffnung, durch die man auf die Leber kömmt, und zwar in die Höhle einer Ecchinococcusblase im rechten Leberlappen. Diese Blase ist an das Zwerchfell, die Rippen und die intercostalen Weichtheile durch gefässführende Adhäsionen befestigt. Der linke Leberlappen füllt ganz das Epigastrium aus und reicht durch das stark nach der Bauchhöhle hineingestülpte Zwerchfell (der linken Pleura entsprechend)

tief herab, nur $13^1/_2$ Ctm. von der Symphyse entfernt. Im Douglas'schen Raum eine circumscripte Eiterung und eine fibrinöse Verklebung zwischen uterus, rectum und einigen Dünndarmschlingen. Als Ursache lassen sich finden fünf zu einer Gruppe vereinigte Ecchinococcusblasen, in der Grösse schwankend zwischen Erbse und Haselnuss. Sie sind in das Gewebe des linken lig. latum eingeschlossen. Rechter Eierstock fibrös. Links enthält das ovarium einige über haselnussgrosse, mit schmieriger, theerartiger Masse gefüllte Höhlen, die von einer derben, weissen Kapsel umgeben sind. — Pleuritis fibrin. sin. Pericarditis fibrin.

Wir haben in Fall 19 die Einkapselung einer Ecchinoccusblase im lig. susp. hepatis beobachtet. Hier bietet sich uns nicht nur die Gelegenheit der Perforation einer grossen Ecchinococcuskolonie durch die Thoraxwand zu sehen, sondern auch den Prozess einer subacuten, aber circumscripten Peritonitis im Douglas'schen Raum zu verfolgen, welcher Ecchinoccusblasen, eingeschlossen in's Gewebe des lig. latum sin., als reizende Ursache, gleichsam als reizende fremde Körper, zu Grunde liegen. — Wenn nicht zu läugnen ist, dass auch hier der Prozess, trotz seiner Frische, doch sicher zur Einkapselung neigt, so müssen wir dennoch bei Betrachtung der beiden betreffenden Fälle, absehend selbst von den verschiedenen Stadien, in denen sich die peritonitischen Prozesse in beiden Fällen befinden, zu der Frage gelangen, ob die Reizbarkeit und die Reactionsfähigkeit des peritoneum in seinen verschiedenen Abschnitten nicht eine verschiedene Intensität zeigen — eine Frage natürlich, die auf dem Papier, und besonders hier, wohl nicht mit Sicherheit sich entscheiden lassen dürfte. — Tod durch linksseitige fibrinöse Pleuritis, zu welcher sich auch eine fibrinöse Pericarditis hinzugesellt.

Fall 37. Wilhelmine N., Dienstmädchen, 21 J. [2./III.] [64.]

Starke Todtenstarre; ziemlich reichliches, dunkelpigmentirtes Unterhautfett; trockne, rothe Muskulatur. — Typhus abdom. in der 3. Woche. Ulcera ilei. Hyperplasia medull. glandul. mesaraic. in parte supp. — In der Bauchhöhle mehrere Litres einer grünnlich gelben, dünneitrigen, mit Flocken untermischten Flüssigkeit. — Im Becken grössere Anhäufung von Eiter und Fibrin. Oberfläche beider Ovarien mit frischen Fibrinschichten bedeckt, frisch hämorrhagisch. Die Dünndärme auf ihrer freien Seite von hämorrhagischer Beschaffenheit, mit einander und mit dem vorliegenden grossen Netz durch weiches, eitriges Fibrin verklebt. Auch die Milz mit einem frischen, netzförmigen Fibrinbeschlag. Auch das Parietalblatt des Peritoneum, sowie der Ueberzug des Zwerchfells stark injicirt, zum Theil von hämorrhagischer Beschaffenheit und durch einen frischen Fibrinbeschlag grau und glanzlos. — Das grosse Netz fettarm, stark injicirt, mit seinem rechten Umfang ziemlich fest mit einer pflaumengrossen, sich teigig anfühlenden Stelle im Mesenterium verklebt. Nach deren Lösung kommt die Oberfläche einer stark gerötheten und vergrösserten Mesenterialdrüse zum Vorschein. Hier findet sich eine erbsengrosse, röthlich gelbe, schmutzige, sehr weiche Stelle, unter welcher reiner Eiter sich vorfindet. Dieselbe entspricht grösstentheils der Rindensubstanz der Drüse und stellt sich dar als ein rothgelber, derber Körper, bereits von der Umgebung losgelöst. Aehnliche puriforme Schmelzungsheerde auch in den übrigen Drüsen des Ileocoecalstranges,

ebenfalls mit dem Fortsatz des Mesenterium verklebt. — Ausser zahlreichen, bis auf die muscularis reichenden vom Jejunum nach abwärts häufiger werdenden, schon gereinigten Geschwüren, ein 4 Ctm. über der Ileocoecalklappe befindliches Geschwür, welches nur sehr unvollkommen gereinigt erscheint. In der Mitte desselben geht die Ulceration bis auf die serosa, die in der Grösse einer Linse nekrotisch erscheint und leicht einreisst. Schleimhaut des Dickdarms blass und dünn. — Inhalt der Dünndärme durchweg stark dünnflüssig, hell gallig gefärbt. Im Anfang des Colon massenhafte, schmutzigbraune Flüssigkeit. Die Milz ziemlich derb, Follikel im oberen Theil sehr blutreich. Die Oberfläche beider Ovarien stark hämorrhargisch, auf dem Durchschnitt blass und ödematös. Beide morsus diaboli, mit Beibehaltung der Form, in eine durchscheinende, gallertige Masse verwandelt. Das äussere Ende der rechten Tuba weich, ihre Schleimhaut ödematös, mit eitrigem Schleim bedeckt; ebenso die linke Tuba, welche am ostium abdom. erweitert sich zeigt. — Hepatitis parenchym. Hyperplasia lienis subacuta, Nephr. parenchymat. et Catarrh. papillaris. Endometritis chronica. —

Dieser Fall von diffuser Peritonitis bietet etwas komplicirte Verhältnisse, indem zunächst anzunehmen ist, dass erst ein mehr subacuter und mehr circumscripter Prozess bestanden hat, ausgehend von den Mesenterialdrüsen des Ileocoecalstranges, an denen einzelne Particen nekrotisch geworden und in der Elimination begriffen sind. Ehe diese aber möglich gewesen, haben sich Verklebungen obiger Drüsen mit dem Netz gebildet, so dass in der That kein Eiter in die Bauchhöhle direkt gelangen konnte, dafür aber das Netz wiederum als Leiter für die Ausbreitung der Entzündung, um die Mesenterialdrüsen herum, dienen musste — Auf der anderen Seite finden wir im Bereich des serösen Ueberzugs der Beckeneingeweide frischere Exsudationen, die recht wohl theils mit dem Zustand der Eierstöcke in Zusammenhang stehen könnten, theils vielleicht auf eine noch mehr einfache Art mit der Salpingitis in Verbindung zu bringen wären. — Endlich aber glauben wir, sowohl die hämorrhagische Beschaffenheit der Darmserosa, als auch die Verbreitung der Entzündung auf das Zwerchfell und die Milz, als die frischesten Vorgänge bezeichnen zu dürfen, welche auf eine diffuse Reizung des peritoneum, wahrscheinlich in Connex mit der Nekrose der Serosa an der einen Stelle im Ileum, zurückführbar sind. Die parenchymatösen Veränderungen der Organe mögen, da der Typhusprozess auch mit in Frage kommt, nicht unbedingt für Sepsis sprechen.

Ueberblicken wir die unter der Rubrik der inneren Wände bis jetzt angeführten Fälle (Fall 8—37), so ergiebt sich zunächst, dass wir der Ausbreitung nach, welche die Entzündung des Peritoneum gewonnen, zweierlei Prozesse unterscheiden müssen:

a) Entzündungsvorgänge, welche das Bauchfell in allen seinen Theilen betroffen haben. Für diese Prozesse wollen wir den Namen der Peritonitis diffusa gebrauchen — und

b) Entzündungsvorgänge, welche den serösen Ueberzug entweder blos einzelner Abschnitte der Bauchhöhle, oder blos einzelner vom Bauchfell bedeckten Organe betreffen, welche Prozesse unter dem Namen der Peritonitis circumscripta fortan genannt werden sollen.

Prozesse, welche als Peritonitis diffusa angesprochen werden müssen, liegen uns in 19 Fällen vor (Fälle 8—12; 14—25; 33 und 37).

— In Bezug auf die Aetiologie haben wir zunächst 9 Fälle (Fall 8, 9, 10, 11, 14, 15, 20 und 21) zu notiren, in denen ausgetretener Darminhalt, aus Perforationsöffnungen der verschiedenen Darmabschnitte, als direkter Erreger der diffusen Entzündung des Bauchfells sich darstellt. — Wir wollen hier von den verschiedenen Veranlassungen für die Perforation der Darmwände absehen. — Wichtiger wäre schon, die verschiedenen Stadien der akuten diffusen Peritonitis an den einzelnen Fällen zu betrachten, und ihrer Aufeinanderfolge festzustellen. So gute Gelegenheit selbst an unserem, im Verhältniss so geringen Material sich hierzu bietet, so glauben wir auf diese Frage, in unseren Betrachtungen, nicht gut eingehen zu können. Soviel können wir hier nur anführen, dass wir in 4 Fällen (Fall 8, 14, 15 und 21) Prozesse haben, welche frisch in der gesunden serosa (höchstens einzelne ältere Adhäsionen ausgenommen) direkt in Folge des Kothaustritts entstanden sind. — In den übrigen von den neun Fällen finden wir entweder:

mehr circumscripte, aber akute Entzündungen der Serosa, entsprechend denjenigen Vorgängen an der Darmwand oder ihrer Umgebung, welche endlich zur Perforation geführt haben (Fall 9, 16; siehe auch Fälle 12, 23, 24 und 37) — und hier ist es deutlich zu verfolgen, wie der circumscripte Prozess durch Einwirkung der inficirenden Ursache einen diffusen Charakter angenommen; oder

es bestehen schon in der Rückbildung begriffene akute Prozesse (Fall 11), oder von vorn herein chronische Reizungen und Reizungsprodukte des Peritoneum (Fälle 10 und 20), wo der akute diffuse Prozess auf dem Boden einer nicht mehr normalen serosa sich entwickelt; endlich aber:

finden wir, dass bei diffusen Affektionen des Bauchfells die Ueberzüge derjenigen Organe, welche neben der akuten Peritonitis entzündliche Veränderungen erfahren, entsprechend der Intensität dieser Veränderungen, auch eine entsprechende lokale Steigerung des peritonitischen Prozesses aufweisen (besonders die Fälle 13 und 33).

— Eine andere Gruppe von Fällen umfasst ebenfalls diffuse peritonitische Prozesse, deren Entstehen zwar nicht auf direkten Kontakt mit infektiösen Massen zurückführbar, wo jedoch der Einfluss der letzteren auf den Verlauf und die Ausbreitung der Entzündung unverkennbar ist. — Wir finden nämlich entweder:

Nekrose der serosa an irgend einer Stelle der inneren Bauchhöhlenwände, mit gleichzeitiger Verschwärung der letzteren bis auf die Serosa selbst (Fälle 24 und 37), oder wenigstens in die der Serosa nächsten

Schichten (Fall 22): tritt hier Diphtherie, Verjauchung zur Ulceration, oder selbst nur faecaler Kothinhalt mit derselben in Berührung, so ist es erklärlich, wie das abgestorbene seröse Gewebe nicht nur mit den Infektionsstoffen sich imbibiren muss, sondern auch, wie leicht es das Hineingelangen der Infektionsstoffe in das Cavum abdom. befördern muss, auf dem einfachen Wege der Transfusion. Oder:

wir stossen in der That auf Perforationen der inneren Wand der Bauchhöhle an irgend einer Stelle. Allein die Perforation geschieht nicht in die Bauchhöhle selbst, sondern in einen Entzündungs- oder Eiterheerd mit sekundärer Bildung eines Jauche- oder Kothabscesses, von welchem aus die Infektion durch diejenigen Gewebsschichten, welche die Abgrenzungs- (Abkapselungs-) Wand des Abscesses gegen die Bauchhöhle bilden, nach der serösen Auskleidung der letzteren sich fortpflanzt. (Fälle 12, 17, 18, siehe auch Fall 3.) Oder endlich:

haben wir es mit entzündlichen Prozessen an der inneren Oberfläche oder im Gewebe von Organen zu thun, welche durch ihren serösen Ueberzug zu den Wandungen der Bauchhöhle gerechnet werden müssen. Nehmen diese entzündlichen Prozesse einen infektiösen Charakter an (Diphtherie, jauchige Verschwärung), pflanzen sie sich durch das Parenchym des betroffenen Organes nach der Serosa zu fort, so erhellt schon aus den jetzt feststehenden Daten über die anatomische Struktur der Serosa*) (auf die hier natürlich nicht näher eingegangen werden kann), dass die septischen Stoffe, wenn auch vielleicht nicht durch direkte Transfusion oder Filtration, dennoch mit Leichtigkeit in das cavum abdom. gelangen können (Fall 32 und 33). Wie in dieser Beziehung Fälle zu beurtheilen sind, in denen trotz der gegebenen Bedingungen keine diffuse Peritonitis angetroffen wird, darüber das Weitere bei Betrachtung der vom Genitalapparat ausgehenden Affektionen.

— Eine letzte Reihe von Fällen (Fälle 23—26), deren Analyse mir

*) Luschka, Die Struktur der serösen Häute des Menschen .....
Cohnheim, De pyogenesi in tunicis serosis. Diss inaugural. Berolin. 1861.
Derselbe, Ueber die Entz. seröser Häute. Virch. Arch. Band XXII., p. 516—525.
Neumann, Ueber Eiterbildung auf Schleim- und serösen Häuten, Virch. Arch. Band XXIV. p. 202—205.
Rindfleisch, Beiträge zur Lehre von den Entz. seröser Membranen, Virch. Arch. Band XXIII. p. 519—526.
Recklinghausen, Ueber Eiter- und Bindegewebskörperchen, Virch. Arch. Band XXVIII. p. 193.
Derselbe, Die Lymphgefässe und ihre Beziehungen zum Bindegewebe, Berlin 1862 pp. 20, 31, 33, 56, 59, 61, 71, 83, 84, 92, 93.
Oedmansson, Beitrag zur Lehre von dem Epithel, Virch. Arch. Band XXVIII. p. 364, 366, 368, 369.
Hüter, Zur Histologie der Gelenkflächen und Gelenkkapseln. Virch. Arch. Band XXXVI., p. 69—73.
Cohnheim, Ueber Entzündung und Eiterung. Virch. Arch. Band XL. p. 60.

anfänglich, ich muss es gestehen, manche Besorgnisse eingeflösst hat, giebt mir Veranlassung zu einigen Bemerkungen über eine Art der Bauchfellentzündung, die, wie es scheint, bisher zu wenig berücksichtigt worden — oder wenn man den entsprechenden Befund auch konstatirt hat, so ist er wohl meist fälschlich gedeutet worden. — Wir treffen nämlich öfters auf diffuse Entzündungen in der Bauchhöhle, wo jedoch statt einfacher Verklebung der Eingeweide neben einer reichlichen fibrinöseitrigen Flüssigkeitsmenge, die Ansammlung der letzteren nur gering ist (Fall 25), dagegen zwischen den Verklebungen der Eingeweide grössere Eiteransammlungen, ordentliche Eiterhöhlen sich finden (Fall 23). Oefters setzen sich diese Höhlen zwischen die Platten des Netzes oder des Mesenterium fort; auch sieht man sie in direkter Kommunikation mit eitrigen Infiltrationen der Bindegewebsmassen, wie dieselben theils in der Umgebung der Beckeneingeweide, theils um das Coecum, theils an der hinteren Seite des Colon überhaupt, sowie des Pancreas und des Magens sich in grösserer Ausbreitung finden (Fälle 23, 24, 25 und 26). Besonders an diesen Stellen pflegt die Wand der Eiterhöhlen nicht etwa glatt oder bloss etwas rauh zu sein, sondern sie zeigt deutlich eine unregelmässig zottige Beschaffenheit (Fall 25). — Hodgkin*) erklärt es als eine weise Vorsicht der Natur, dass die Oberfläche eines peritonitischen Ergusses zuerst konsolidirt und membranös werde, und so den übrigen Theil der Flüssigkeit in eine Hülle einschliessend, gleichsam abkapsele, und auf diese Weise den schädlichen Einfluss des oft in Zersetzung übergehenden Exsudates auf die seröse Höhle in Toto abhalte. — Die seröse Haut soll an der Stelle, wo sie mit dem Exsudationsprodukt in Berührung steht, vereitern oder ulcerativ zerstört werden, sodann zur Perforation kommen u. s. f. — Eine andere Erklärungsweise für das Entstehen der oft ganz circumscripten und isolirten Eiteransammlungen wird von H. in der Weise gegeben,**) dass zuweilen eine falsche dünne Membran von dem zwischen ihr und der serösen Haut befindlichen Serum so ausgedehnt und hervorgetrieben werde, dass sich Blasen oder Cysten von verschiedener Grösse bilden. — Rudolphi***) stellte die Ansicht auf, der auch Ribes†) beipflichtete, dass die serösen Membranen eine Art Epidermis auf dem subserösen Bindegewebe darstellten. — Auch spätere Beobachter haben, wenn auch in einem an-

---

*) Th. Hodgkin, Lectures on the morbid anatomy of the serous and mucous membranes, Vol. I. London 1836, p. 51.

**) ibidem p. 52.

***) Rudolphi, Bemerkungen aus dem Gebiete der Naturkunde, u. s. f. Berlin 1804.

†) F. Ribes, De l'anatomie patholog. considérée dans ses vrais rapports etc. Paris 1834; ferner Xavier Bichat, Anatomie générale. appliquée à la physiologie etc. Paris 1821 (ed. Béclard).

deren Sinne, eine gewisse Analogie zwischen den serösen Membranen und der äusseren Haut hervorgehoben. Und in der That lässt sich eine gewisse Aehnlichkeit in der Anordnung der einzelnen Schichten in beiden Gewebskomplexen nicht verkennen; auch die Entwicklungsgeschichte ergiebt eine gewisse Verwandtschaft beider. Vielleicht dürfte aber der Vergleich in Betreff des Verhaltens einmal der serösen Häute, das andere Mal des integum. comm. ext. gegenüber Reizen, welche auf sie einwirken, noch grössere Aehnlichkeiten ergeben. Freilich zeichnen sich die Entzündungen der serösen Häute vor denen der äusseren Haut durch die besondere Neigung zur Bildung von Adhäsionen aus, was uns besonders prägnant in dem Verhalten der serosa gegen fremde Körper entgegentritt, und vielleicht in dem Grade an keiner anderen Stelle des Körpers in so bestimmter Art sich vorfindet. Allein wie wir recht wohl Reizungsprozesse im rete Malpighi, von einer Dermatitis oder einer subcutanen Phlegmone zu unterscheiden wissen, so glaube ich, wäre es auch für die genauere Erkenntniss der Erkrankungen der serösen Häute von hohem Werth, wenn man anfinge, die Entzündungsprozesse zu betrachten nach der Gewebsschicht, in welcher dieselben verlaufen. — Die nähere Betrachtung der oben citirten Fälle schien mir zu ergeben, dass die Annahme einer Entzündung der Subserosa mit Eiterbildung und Abscessen, welche endlich die serosa perforirend, jene Eiterhöhlen zwischen den Baucheingeweiden bilden müssen, die natürlichste Erklärung für obige und gewiss zahlreiche andere Fälle liefern würde. — Die Annahme einer Peritonitis subserosa ist durchaus keine neue Erfindung. Schon Hodgkin erwähnt,*) dass das subseröse Zellgewebe, da wo es locker und reichlich vorhanden ist, eine grosse Disposition zur Entzündung zeigen soll. Dalmas**) jun. hat über die Affektionen des subserösen und submukösen Zellgewebes eine besondere Abhandlung geschrieben, deren ich leider bis jetzt nicht habhaft werden konnte. Andererseits ist ja eine genauere Präcisirung der puerperalen Affektionen an der Umhüllung des Genitalapparats bereits Gemeingut geworden. — Wie man aber eine Perimetritis von einer Parametritis sondert, wie es berechtigt erscheint von einer Paranephritis und Perinephritis oder von Paratyphylitis und Perityphlitis zu sprechen, so glaube ich, wäre es folgerichtig, auch selbst an den Stellen des Bauchfells, wo die Serosa durch dünnere Bindegewebsschichten mit den Organen verlöthet ist, die Affektionen der letzteren besonders zu berücksichtigen, so bald sie in der That vorliegen. Die Aetiologie der Peritonitis subserosa scheint mit der der erysipelatösen und phlegmonösen Erkrankungen an der äusseren Haut übereinzustimmen. Und wie schon

*) ibidem p. 58 u. p. 163.

**) Dalmas, Dict. en 30 vol., Vol. IV.; ferner: Abeille, Du Phlegmon. retro-peritonéal, Gaz. des hôpit. 1854 (41 u. 44) auch in Cannstatts Jahresb. III. p. 282.

lange das gegenseitige Verhältniss dieser Entzündungen am integum. comm. ext. und an den verschiedenen Schleimhäuten andererseits feststeht, so dürfte es wohl auch hier nicht schwer sein, die Uebergänge zu statuiren. Die Schwierigkeit des Vergleiches liegt nur darin, dass während für die Schleimhäute die verschiedenen äusseren Orificien der Körperkanäle das besteMittel der Beobachtung bieten, für die zum grössten Theil in sich geschlossenen serösen Höhlen die Fortpflanzung der Prozesse von Wunden aus konstatirt werden müsste. Der Charakter der Peritonitis subserosa wird nun wahrscheinlich je nachdem ein anderer sein müssen, je nach dem Zustand der Wunde, zu welchem sich die Infektion hinzugesellt.*) Dass aber auch die Anregung dieser Entzündung des subserösen Bindegewebes von inneren Wänden ausgehen könne, dafür sprechen schon die wenigen hier zusammengestellten Fälle. — In der Regel finden wir, neben der Affektion der Subserosa, auch die Serosa selbst**) gleichzeitig im Zustand der Entzündung. Nur scheint es, als wenn in diesem Falle die peritonitis serosa weniger einen exsudativen, und mehr einen subacut verlaufenden, adhäsiven Charakter dokumentirte — während der Prozess in der Subserosa, nach Analogie mit dem Unterhautbindegewebe, sehr leicht und sehr bald zur Eiterbildung neigte. — Was den Ausbreitungsbezirk der entzündlichen Vorgänge in dem subserösen Bindegewebe anlangt, so scheinen dieselben bald mehr diffus (Fall 23), bald mehr circumscript (Fälle 24, 25, 26 u. 37) zu verlaufen. ***) Somit würden diese Prozesse an die Grenze gesetzt werden können zwischen die Fälle von diffuser und die von circumscrigter Peritonitis. — Sollen wir einen Vergleich zwischen der Peritonitis diffusa serosa und der Peritonitis subserosa wageu, mit Rücksicht auf die äussere Haut, so dürfte vielleicht die Nebeneinanderstellung der acuten Exantheme, besonders von Scharlach und Masern, neben eine Phlegmone des Unterhautbindegewebes, ausgehend z. B. von einer inficirten Wunde an einer Extremität, am passendsten erscheinen. — Ich bin weit davon entfernt, die von mir eben angestellten Bemerkungen als endgültig entschieden anzusehen. Ich glaube nur, dass es der Mühe lohnte, diese Frage genauer zu prüfen, an grösserem, vielleicht zum Theil klinischen

---

*) Vergleiche: L. Strohmeyer, Maximen der Kriegsheilkunde, Hannover 1861, p. 204—237.

N. Pirogoff, Grundzüge d. allgem. Kriegsheilkunde. Leipzig 1864 p. 936—1010.

Roser, zur Lehre von der septischen Vergiftung des Blutes. Archiv der Heilk, IV. 1863 p. 135—145 u. p. 233—238.

Virchow, gesammelte Abhandl. etc. p. 698.

Billroth, allgem. chirurg. Path. und Therapie p. 96, 170—175 u. 370—376. Siehe auch Referat zu Fall 6.

**) Hodgkin, ibid. p. 163 u. p. 167.

***) ibid. 166. Hodgkin unterscheidet: circumscribed purulent collections und more or less concrete puriform layer without defined limits.

Material zu vergleichen, und die Ergebnisse, durch Betrachtung von Sektionsbefunden von diesem Standpunkte aus — wobei sowohl die makroskopische als die mikrospische Untersuchung der Serosa von wesentlicher Bedeutung wäre, zu verificiren.

Werfen wir nun noch einen Blick auf die Fälle von bestimmt circumscripter Peritonitis. — Vor allen sind hier zwei Fälle lehrreich (Fall 27 und 29), in denen circumscripte Entzündungen an verschiedenen Theilen des Bauchfells gleichzeitig nebeneinander bestehen, und so leicht bei oberflächlicher Betrachtung zur Annahme einer Peritonitis diffusa verleiten könnten — und wohl auch häufig hierzu Veranlassung gegeben haben. Halten wir aber fest, dass als Peritonitis diffusa nur dann eine Entzündung des Bauchfells genannt werden darf, wenn sie alle Theile der Serosa gleichzeitig oder nach einander — aber stets in Continuität — ergreift, so wird es uns nicht schwer werden, hiervon die Fälle von Peritonitis circumscripta zu sondern, in denen die Entzündung auf das dem Reizungsheerd entsprechende Gebiet des Peritoneum beschränkt bleibt. — Dieselbe kann nun subakut verlaufen (Fall 28 und 36) oder mehr einen chronischen Charakter tragen (Fall 30 u. 35.)

— In Bezug auf die Aetiologie könnte man auch hier zunächst die Anwesenheit fremder, aber indifferenter Massen in der Bauchhöhle anführen, d. h. von Körpern, welche keine innerhalb des Cavum peritonei freiwerdenden, infektiösen Bestandtheile enthalten. Unsere beiden anzuführenden Fälle (Fall 19 und 36) betreffen das Verhalten von Ecchinoccocusblasen gegen die Serosa, und sind insofern nicht recht günstig, als bei ihnen Fragen mit in's Spiel kommen von Permeabilität der thierischen Membranen mit Rücksicht auf ihre Struktur, welche zu lösen weiterer Forschung überlassen werden mag. — Dagegen verweise ich auf die zahlreichen, in den Handbüchern der Chirurgie verzeichneten Fälle, wo Kugeln und andere ähnliche Körper innerhalb der serösen Höhlen eingekapselt worden sind, ohne dass vorher eine diffuse Peritonitis vorgegangen wäre.*)

— Ferner gehören hierher die sogen. freien Körper der Bauchhöhle und ihr Verhalten gegen das Peritoneum. Häufig findet man dieselben vor, ohne jede weitere Reaktionserscheinung von Seiten der Serosa. Ich selbst hatte Gelegenheit einen solchen fast taubeneigrossen, aber abgeplatteten Körper zu sehen, der ganz frei in einer Grube an der convexen Oberfläche des rechten Leberlappens lag. Vielfach findet man aber solche Körper auch eingekapselt, und zwar besonders häufig an der Leber,**) wo die Kapsel sehr häufig jene schaalenartige Anordnung der Schichten zeigt,***) wie in unserem Falle

*) Siehe auch: Prof. Szymanowski, Das chirurg. Resultat meiner Reise nach dem Kriege von 1866. — Ein Fall von Textor in Würzburg.

**) Hodgkin, The morbid anatomy etc. Vol. I. p. 160.

***) Virchow, die krankh. Geschw. Bd. I. p. 385.

(Fall 19) von Einkapselung einer Ecchinoccocusblase im Lig. susp. hepatis. — Allein diese freien Körper scheinen manchmal auch intensivere Reizungssymptome hervorzurufen. So erwähnt Virchow*) einen Lipom-artigen, im Innern mit Kalkseifen erfüllten Körper, wo der Tod unter peritonitischen Erscheinungen eingetreten war. — Bedenkt man indess, dass diese freien Körper selbst Produkte eines chronischen Reizungszustandes sind,**) so ist es begreiflich, wie die Anwesenheit solcher Massen im Cavum abdom., schon auf ganz mechanische Weise, die bereits bestehende Reizung steigern können wird. —

— Als zweiten Ausgangspunkt für circumscripte Peritonitis müssen wir entzündliche Zustände der einzelnen vom Peritoneum überzogenen Organe nennen.***) Vielleicht durch Zufall ergeben unsere Fälle (Fall 28, 30 und 35) durchgehends tuberkulöse Darmgeschwüre als Ausgangspunkte für die circumscripte Peritonitis. — Ist auch die Zahl dieser Fälle nur eine sehr geringe, so scheint doch aus denselben hervorzugehen, dass für das Entstehen der Peritonitis der tuberkulöse Charakter der Geschwüre sowohl, als die Tuberkeleruption auf der Serosa durchaus nicht maasgebend sind, sondern dass die Intensität der Entzündung der Serosa lediglich abhänge von der Tiefe, dem Umfang des Geschwüres und der Stärke der Entzündung in demselben. — Es wäre interessant diese Frage weiter zu prüfen an einer grösseren Reihe entsprechender Sectionsbefunde. — Ist auch gegenüber Louis†) u. A. die Unabhängigkeit der chronischen Peritonitis von der Tuberkeleruption bewiesen, hat auf der andren Seite schon Laennec die Selbstständigkeit der Tuberkels als einer accidentellen, zu den Neubildungen zu stellenden Produktion behauptet, welcher Gegenstand in unserer Zeit durch Virchow's scharf kritische Untersuchungen††) zu einem gewissen Abschluss gebracht worden, so würde dennoch heute, wo die Tuberkelfrage wiederum durch die Welt geht, die genauere Prüfung dieser Angelegenheit, die Sonderung von mit einander vielleicht nur durch eine dritte Ursache indirekt verbundenen Prozesse, für das weitere Studium der circumscripten Peritonitis ein sehr grosses und sehr fruchtbares Gebiet eröffnen. Endlich aber dürfte dann die gesonderte Betrachtung der Tuberkulose des Peritoneum, nach Analogie der Entwicklung anderer Neubildungen im Bauchfell, die genauere Erörterung der Disse-

---

*) Virchow, Die krankhaften Geschw. Bd. I. p. 384.

**) Virchow, ibidem gegen Hodgkin u. A.

***) Hodgkin, The morbid anat. etc. Vol. I. p. 155. 157, Virchow, krankh. Geschw. Bd. II. p. 677.

†) P. C. A. Louis, Recherches anat. path. et thérap. sur la phthisie, Paris. Dagegen Hodgkin, the morbid anat. Vol. I. p. 149.

††) Virchow, Deutsche Klinik 1852, No. 25 S. 286. Virchow, krankhafte Geschw. Bd. I. pp. 65 u. 69. Ferner Bd. II.: pp. 625. 628. 638. 642—45. 652. 653. 673. 676. 677. Derselbe in seinem Archiv Bd. XIV. S. 49.

Auch: Buhl, Zeitschr. für rat. Med. 1857. Neue Folge. Bd. VIII. S. 53.

mination dieser Neubildungen auf der Serosa*), vielleicht auch für die Einwirkungsart der verschiedenen entzündlichen Reize auf das Peritoneum werthvolle Fingerzeige liefern.

Wir hätten zu den Ursachen der circumscripten Peritonitis noch die verschiedenen traumatischen Eingriffe in die Continuität des Bauchfells, seien es Verwundungen der verschiedenen Wände,**) seien es Exstirpationen von Organen oder Organtheilen aus der Bauchhöhle***) anzuführen. Die Erörterung dieser Gebiete gehört selbstverständlich nicht hierher. Im Gegentheil soll die vorliegende Zusammenstellung ja ein Versuch sein, für jene Erörterung einige Gesichtspunkte zu gewinnen.

---

c) **Uterus** und seine Adnexen (Tuben, Ovarien, Ligamenta lata).

Fall 38. Louise M., Handarbeiterin, 22 J. [17./III.] [223.]

Puerpera von 4 Tagen. — Gut genährt, gelbliche Hautfarbe, auf dem Abdomen intensiv bräunlich. — Status puerperalis. Aus der Bauchhöhle entleert sich eine ziemlich reichliche Quantität eines trüben, gelbröthlichen, mit reichlichen, breiigen Fasertofflocken gemischten Flüssigkeit. — Die grösste Anhäufung des peritonitischen Exsudates findet sich um die Milz, welche auf das Doppelte vergrössert erscheint. Auf ihrer Kapsel ein Sehnenfleck; das Parenchym gleichmässig schmutzig, hellgrauroth; Follikel nicht sichtbar. Nach Zurücklegung der Dünndarmschlingen erhebt sich aus dem Becken der sehr grosse, dicke Uterus. In der rechten Fossa iliaca, frei beweglich, eine birnförmige Geschwulst. Linke Tuba auf der vorderen Fläche der Geschwulst adhärirend. Letztere ist das mit multiplen Dermoidcysten versehene Ovarium dextr. Seine ganze Oberfläche zeigt einen umgreifenden diphtheritischen Belag. — Uterinschleimhaut ebenfalls mit einem feinen, netzförmigen, diphtheritischen Beschlag. Auch am Scheideneingang beschränkte diphtheritische Auflagerungen. Dagegen die Schleimhaut des Cervicalkanals von schiefriger Farbe, geschwollen, mit blos eitrigen, leicht abstreifbaren Auflagerungen. Linkes Ovarium enthält auch eine Dermoidcyste und zeigt ebenfalls auf der Oberfläche einen reichlichen dicken Fibrinbeschlag. —

---

*) Virchow, krankh. Geschw. Bd. II. 258—259, aber auch pp. 250. 255. 270. 349 und 350.

**) Siehe Literatur der Laparotomie, Ovariotomie, Sectio caesarea. Siehe auch Hogdkin, The morb. anat. etc. p. 54.

***) Es mögen hier angeführt werden:

Szymanowski, Das chirurg. Resultat meiner Reise nach dem Kriege von 1866. Fälle von Abschnürung und Schusswunden der Leber, Abtragung von vorgefallenem Netz u. s. w.

Küchler, Fälle von Exstirpation der Milz. Darmstadt 1855.

Quittenbaum, desgl.

G. Simon, Urtheil u. s. w. Giessen 1855.

Küchenmeister, desgl. Leipzig 1863.

Virchow, krankh. Geschw. pp. 576. u. 616; — und obige Literatur, sowie diejenige der Darmschusswunden und der Operationen an Därmen.

Diphtheritische Belege im Pharynx, ferner diphtheritische graue Membranen in der Trachea. — Nephritis parench. gravis, hyperplasia lienis peracuta. Hepatitis parenchymat. Endocarditis levis. Hypertrophia cordis et Aorta angusta. Splenisatio pulmonum partialis. Pleuritis dextra. Tracheitis diphtheritica.

Dass dieses Individuum sehr intensiven Ansteckungsursachen ausgesetzt gewesen, dafür spricht die gleichzeitige diphtheritische Affektion der primären Luftwege neben der der Genitalien. Hier aber treffen wir auf ein Verhältniss, was vorweg gekennzeichnet werden mag, um weiterhin genauer besprochen zu werden. Neben diphtheritischen Auflagerungen im Scheideneingang, stossen wir auf ähnliche Belege erst in der Uterushöhle selbst, während Scheide und Cervicalkanal scheinbar als frei von Diphtheritis sich darstellen. Aber auch im weiteren Verlauf wiederholt sich gleichsam dasselbe, indem die perioophoritis diphth. dextr., welche, wenn auch vielleicht nicht direkt auf die diphtheritis uteri zurückführbar, aber doch auf die gleiche gemeinsame Ursache, durch die nicht diphtheritisch affizirte Tubarschleimhaut (leider fehlt die genauere Beschreibung derselben) von der vorhergehenden diphtherischen Station getrennt zu sein scheint. — Die vorhandene peritonitis diff. dürfte mit dem diphteritischen Belag des rechten Eierstocks, also mit einem direkt in der Bauchhöhle befindlichen diphtheritischen Heerd, in Verbindung stehen. — Eigenthümlich ist der blos einfache Fibrinbeschlag auf dem linken Ovarium, sodann die grosse Mächtigkeit der peritonitischen Exsudatmassen auf der Milz, welche wohl mit Recht auf die Affektion dieses Organes mit zu beziehen sein werden. — Tod in Folge der sehr stark ausgesprochenen Sepsis.

Fall 39. K. geb. Gr., 34 J. [13./I.] [147.]

Puerpera von angeblich 5 Wochen. — Ziemliche Abmagerung, subcutanes Fett atrophisch. Grosser jauchiger Decubitus am Os sacrum. Von hier aus jauchige Infiltration der Weichtheile an der hinteren Seite des linken Hüftgelenkes. Letzteres frei. Verjauchung der Weichtheile des ganzen rechten Oberschenkels. Das rechte Kniegelenk mit jauchigem, das linke mit gutem Eiter gefüllt. — Status puerperalis. — Der rechte Leberlappen durch zahlreiche Stränge mit der vorderen Bauchwand resp. mit dem Zwerchfell verwachsen. Grosses Netz in grosser Ausdehnung mit dem vorderen, rechten Umfang der Bauchwand, andererseits mit dem rechten Umfang des fundus uteri und seiner rechtsseitigen Adnexe verwachsen. Ferner findet sich eine Verwachsung zwischen dem Anfangstheil des Colon und dem vorderen, rechten Umfang des Einganges zum kleinen Becken, welche Verwachsung sich übrigens leicht löst und einen fast thalergrossen Substanzverlust der Darmwand aufweist, dessen Schleimhauträuder aufgeworfen und abgeglättet erscheinen. Proc. vermif. sehr klein. Seine Serosa etwas verdickt. Nach Lösung der Perforationsstelle findet sich an der vorerwähnten Stelle der Bauchwand ein sinuöser, für den kleinen Finger durchgängiger, in's kleine Becken steigender, mit gallig gefärbten Kothmassen gefüllter Gang. Ganz in der Nähe der Verwachsung des grossen Netzes findet sich zwischen dem rechten oberen Umfang des Uterus und einer Dünndarmschlinge eine leichte Adhärenz,

unter welche ebenfalls eine sehr dickwandige, unregelmässige, mit Koth gefüllte Höhle zum Vorschein kommt, welche mit der vorher beschriebenen durch eine enge Oeffnung communicirt. — Im linken Umfang des kleinen Beckens ein grosser mit gutem Eiter gefüllter Abscess. Tiefere Lagen der diesseitigen Beckenmuskeln frei. Zu beiden Seiten des Uterus grosse Abscesse in den Ligg. lata, mit stark ectasirten und von fibrinösen Massen ausgefüllten Lymphgefässen communicirend. Die Schleimhaut des Ileum und im Colon dünn und unverändert, die des Mastdarmes blass. Die übrige Darmschleimhaut zeigt Nichts Abnormes. Magenschleimhaut dick, weiss getrübt. — Rechtes Ovarium nicht zu finden. Rechter Morsus diaboli stark verdickt und geröthet, mitten im Kothabscess liegend, für die Sonde durchgängig. Uterus sehr gross, zeigt eine gewulstete, geröthete Schleimhaut, mit leicht abstreifbaren, croupösen Massen bedeckt. Uterussubstanz ziemlich derb, blass rosenroth. Die hintere Fläche des Uterus durch alte strangförmige Adhäsionen mit dem Rectum und der linken Tuba vereinigt. Linkes Ovarium ziemlich gross, blass, etwas feucht. — Leber vergrössert, blutarm, etwas getrübt. Hyperplasia lienis follicular. recens. Infarct. multipl. Nephritis parenchymatosa. Infarctus ren. sin. Cystitis diphth. Endocarditis mitr. levis ulcerosa recens. Pleurit. fibrin. haemorrh. duplex. Bronchitis, Bronchopneumonia.

In diesem Falle handelt es sich um eine sehr heftig verlaufende Phlegmone pelvica, die von den Abscessen in den Ligg. lata sich besonders in das perityphlitische Bindgewebe verfolgen lässt. Dieser Prozess hat nach mehrwöchentlichem Bestehen eine so dickwandige Abkapselung der einzelnen Heerde geliefert, dass es erklärlich wird, wie bei der zuletzt eingetretenen Perforation des Coecum mit Bildung des Kothabscesses, keine nachweisbare Einwirkung der hier entstehenden Zersetzungsprodukte auf das Peritoneum zu constatiren ist. Freilich mögen hier, die Lage des Kothabscesses mehr an der hinteren, rechten Wand des Coecum's, sowie die fast normale Beschaffenheit der Serosa auf der vorderen, oberen Seite desselben, welche in der Umgebung nur Verwachsungen des Netzes mit Bauchwand und Uterus, und der Letzteren mit einer Dünndarmschlinge geliefert, in's Gewicht fallen. — Die Adhäsionen des rechten Leberlappens mit der vorderen Bauchwand und dem Zwerchfell älteren Datums. Interessant ist die Fortpflanzung der infektiösen Stoffe vom Kothabscess in den Uterus (hier die croupösen Auflagerungen auf die in der Rückbildung begriffenen Schleimhaut, durch die durchgängige, in den besagten Abscess mit ihrem abdominalen Ende tauchende Tuba dextra. Es ist kein Zweifel, dass bei dem cachektischen, in Folge der langen Dauer des periuterinen Prozesses erschöpften Individuum, der ausgedehnte Decubitus nebst den secundären Jauchungen der Weichtheile, nebst den Erscheinungen einer mit Embolieen gepaarten Ichorrhämia septica, gar bald das letale Ende herbeiführen mussten.

Fall 40. Caroline Gr., 20 J. [3./IV.] [114.]

Wohlgebaut, gutes Fettpolster. Mammae beiderseits prall, mit gelber Flüssigkeit gefüllt. — Status puerperalis. — Im Abdomen eine mässige

Quantität einer hellstrohgelben, klaren, dünnen Flüssigkeit. Am Darm nichts Abnormes. Am introit. vagin. Reste einer diphtheritischen Entzündung. Portio unregelmässig zerrissen, mit diphtheritischem Belag. Am orif. int. uteri, und in der Uterussubstanz, ein nussgrosser Abscess. Schleimhaut des Uterus schwärzlich, missfarbig, sonst glatt. An der Insertionsstelle der linken Tuba ein zweiter Abscess in der Uterussubstanz. Linke Tuba durch Adhäsionen an's Rectum befestigt, vielfach mit Eiterheerden durchsetzt. Das linke Ovarium nicht wesentlich verändert. Tuba und Ovarium rechts normal, bis auf einen kirschgrossen Abscess in letzterem. Ferner zwischen Rectum und hinterer Uterusfläche links, ein grosser Eitersack, eine grosse Menge einer dünnen, nicht übelriechenden Eiters enthaltend. Das ganze Bindegewebe dieser Gegend eitrig infiltrirt. So in dem Bindegewebe zwischen Blase und Cervix uteri, auch auf der linken Seite, ein aus einem Lymphgefäss hervorgegangener Abscess. Die meisten Lymphgefässe dieser Gegend sind mit Eiter gefüllt. — Metastat. Abscess im linken Sternoclavicular-Gelenk, ein ähnlicher am rechten Schultergelenk, von ungeheurer Verbreitung, mit Senkungsabscessen und fortschreitender Infiltration. Besonders der Senkungsabscess am Oberarm entleert sehr viel übelriechenden Eiters. Starke parenchymatöse Trübungen von Nieren, Milz, Leber. Pneumonia central dextr. Pleuritis sinistr.

Wir haben hier wiederum eine Phlegmone des Beckenbindegewebes vor uns mit vorzugsweiser Ausbreitung nach der linken Seite hin, wo vom Uterus bis zur linken Tuba hin, Eiterabscesse sich finden, offenbar mit den Lymphgefässen in Zusammenhang. — Die Phlegmone, als Parametritis zum Theil verlaufend, hat sekundäre Adhäsionen der Serosa zwischen Uterus und Blase, andererseits zwischen Uterus und Rectum geliefert, und so die Bildung der in den entsprechenden Excavationen abgekapselten Abscesse ermöglicht. —

Tod in Folge der Infektion des Blutes, wofür die Affektionen der Drüsenparenchyme sowohl, als auch besonders die metastatischen Abscesse sprechen.

Fall 41. Dorothea M., Dienstmädchen, 26 J. [27./V.] [339.]

Ziemlich wohl gebaut, gut genährt. — Status puerperalis. — Aus dem Abdomen entleert sich ziemlich viel eines dicken, gesättigten, gelben Eiters, von etwas übelriechender Beschaffenheit. Das peritoneum pariet. und visc., die Därme und das Netz bedeckt mit eitrigen Auflagerungen, durch die stellenweise eine lockere Verklebung der Därme bewirkt wird. — Das Zwerchfell, besonders rechts, durch die stark ausgedehnten Därme emporgedrängt. — Bei Betrachtung der Genitalien zeigt sich der Uterus durch seitliche Adhäsionen mit der hinteren Wand der Blase und der vorderen des Rectum stark verwachsen. Der Douglas'sche Raum ausgefüllt durch dasselbe eitrige Exsudat, welches sich auch in der Bauchhöhle findet. — Die Oberfläche des Uterus bedeckt mit eitrigen Auflagerungen. In der linken Seitengegend findet sich an der Stelle, wo der Uterus mit der Blase verwachsen ist, ein fluktuirender, wallnussgrosser Eiterheerd, der an der Vereinigungsstelle des oberen und des seitlichen Randes des Fundus eine etwa linsengrosse Perforationsöffnung zeigt, von der aus man in ein vielfach buchtiges Höhlensystem gelangt, welches mit Eiter gefüllt ist und das Ansehen hat von durchschnittenen

Gefässlichtungen. Die Venen dieser Gegend, als auch die der Uterussubstanz, sehr weit, klaffend, meist mit eitriger Flüssigkeit gefüllt. Weiterhin im lig. latum sin. an einzelnen Stellen eine stark ausgesprochene sulzige Infiltration des Gewebes. Die Eierstöcke mit starkem eitrigem Beleg, der Ueberzug darunter stark geröthet. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe leicht ödematös, im linken Ovarium eine circumscripte sulzige Infiltration. — Rechterseits keine entzündlichen Adhäsionen, auch keine Infiltration des lig. latum dextr. — Uterus ziemlich gross; Muskelsubstanz schmutzig weiss grünlich, vielfach von erweiterten Gefässen durchzogen, mit zum Theil eitrigem Inhalt. — Die Innenfläche des Uterus in einen diphtheritischen Heerd verwandelt, mit stärkster Affektion der Placentarstelle. Die Diphterie reicht bis zum orif. uteri ext. Vagina ganz frei. Am Introitus vag. dagegen ein oberflächliches, diphtheritisch belegtes, ausgedehntes Geschwür. Daneben Oedem der labia minora. — Starke parenchymatöse Affektion der Leber, der Milz und der Nieren. — Herz schlaff, seine Muskulatur welk, auf Durchschnitten missfarbig. Klappen zart. — Struma hyperplastica.

Auch hier bestand ursprünglich eine Phlegmone pelvica mit einer Lymphangioitis uterina im Zusammenhang, und zwar wiederum auf die linke Seite beschränkt. Sie hat auch die Verwachsungen zwischen Blase, Uterus und Rectum zur Folge gehabt. Mag nun ein lymphangioitischer Abscess an der linken oberen Seite des Uterus, spontan oder nach Eintritt der Diphtherie in der Uterushöhle und so bedingte Steigerung des phlegmonösen Prozesses, perforirt haben — nach dem Erguss des phlegmonösen Eiters in die Bauchhöhle, nach Eintritt der Diphtheria uterina, deren Fortschreiten durch die sulzige Infiltration des linken lig. latum, sowie des entsprechenden Ovarium gekennzeichnet ist, finden wir, dass sich eine Peritonitis diffusa entwickelt hat, welche als ziemlich frisch wegen der noch losen Verklebungen genannt werden muss. — Indessen ist der Tod in Folge der starken Infektion der Blutmasse erfolgt. Interessant wiederum die Diphtherie des Uterus und des Scheideneingangs, ohne sichtbare Affektion der Scheide selbst. —

Fall 42. G. geb. B. [17./IV.] [133.]

Wohl genährt, etwas ikterisch. Muskulatur trocken, rothbraun. Mammae wohl ausgebildet. — Status puerperalis. — Die Innenfläche beider Oberschenkel excoriirt und schmutzig grünlich, diphtheritisch belegt; ebenso die grossen Labien. Im Cervix uteri verschiedene Einrisse, im Kanal geringe Mengen glasigen Schleims. — Am orif. uteri int. beginnt diphtheritischer Belag, der nach oben an Dicke und Intensität zunimmt, besonders auf der an der hinteren Wand befindlichen Placentarstelle. — Uterussubstanz ziemlich derb. In beiden ligg. lat. eitrige Infiltration und eitrige Heerde, die namentlich der Verbreitung der Gefässe folgen. — Die Ovarien zeigen weiches, schlaffes Gewebe; die Tuben, namentlich links, stark injicirt. Die Oberfläche der Tuben mit eitrigem Belage bedeckt und leicht seitlich an die Beckenwand angelöthet. Im Abdomen eine geringe Menge einer trüben, dunkelgelben, leicht flockigen Flüssigkeit. Parietalblatt des Bauchfells, sowie die Darmserosa an einzelnen Stellen mit einer spärlichen Menge eines ziemlich konsistenten Eiters bedeckt, der die einzelnen Darmschlingen leicht mit

einander verklebt. — Darminhalt gallig. Darmschleimhaut ebenfalls icterisch imbibirt. Starke parenchymatöse Veränderungen von Leber und Milz. Milzkapsel mit alten Verdickungen und Adhäsionen an die Wand des Zwerchfells und an den Magen. — Leichte parenchymatöse Affektion der Nieren, daneben gallige Imbibition des Nierengewebes. — Im Herzen lockere Gerinnsel; Herzfleisch mässig derb, schmutzig bräunlich gefärbt.

Ebenfalls im vorliegenden Falle erscheint, trotz der starken Diphtherie der äusseren Genitalien, welche sich bis auf die Oberschenkel erstreckt, die Vagina und der Cervix uteri, trotz der zahlreichen Einrisse, frei von diphteritischen Auflagerungen, welche erst wieder am Orif. int. beginnen. — Auch hier, wie in den anderen Fällen, ist die diphtheritische Affektion der Placentarstelle am stärksten, was wir gleich im Voraus in Betracht ziehen wollen. —

Die Infiltration der ligg. lata, hier auf beiden Seiten, hat unter Einfluss der Diphtherie secundäre Peritonitis diffusa als Begleiterin erhalten. Trotzdem scheint die intensive Infektion des Blutes, wofür die starken Trübungen der Leber und Milz, sowie die Veränderungen des Herzfleisches sprechen, eher als die Peritonitis den letalen Ausgang beschleunigt zu haben. — Erwähnenswerth ist, dass hier die parenchymatöse Affection der Nieren als die geringfügeste bezeichnet wird, während sie ja sonst in den Vordergrund zu treten pflegt. Vielleicht dass durch die icterische Färbung der Rinde die parenchymatösen Veränderungen nicht so deutlich zum Ausdruck gelangten.

Fall 43. Emilie B., 30 J. [25./II.] [199.]

Puerpera von 44 Stunden. Gut gebaut, ziemlich gut genährt, mit ungewöhnlich starker Cyanose des Gesichts und des Halses. Hautvenen schimmern überall als breite rothe Stränge durch. Unterhautfett sehr dunkel. Muskulatur sehr schlaff, blassroth. — Status puerperalis. Uterus bicornis. — Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man unter dem colon transv. eine reichliche Menge einer dünnen, röthlichen, mit fibrinösen Flocken gemischten Flüssigkeit; ebensolche auch in den abhängigen Theilen der Bauchhöhle. Die Därme meist ziemlich stark ausgedehnt. Peritoneum hat sowohl am visceralen, wie am parietalen Blatt eine stark röthliche Färbung, zum Theil auf cadaveröser Imbibition beruhend. — Vv. spermat. enthalten dünnflüssiges Blut (ebenso die A. pulmon.). Einrisse am introitus vaginae und im Cervicalkanal Verwundungen, jedoch ohne sonstige Veränderungen im Augenblick. — Uterus bicornis. Diphtheritis des unteren gemeinschaftlichen Theils der Uterushöhle (partielle Scheidewand beide Uterushörner, vom Muttergrund ausgehend). Der diphtheritische Prozess schneidet, nach unten zu, scharf am inneren Muttermund ab, während er nach oben sich in das rechte Horn fortsetzt, wo auch die Placentarstelle sich findet. — Das linke Horn des Uterus ist von Eihäuten ausgekleidet, die nur cadaverös imbibirt, ohne diphtheritische Veränderung sind. — Dennoch findet sich sulzige Infiltration beider ligg. lata, und besonders links, deutlich eitrige Infiltration, auch mit Eiter gefüllte Lymphgefässe in den hinteren Schichten der Muskulatur der linken Seite des Uterus. — Eierstöcke sehr gross, Kapsel hämorrhagisch tingirt, Stroma stark durchfeuchtet. Im rechten Ovarium ein kirschengrosses corp. lut. verum. — Hepat.

parenchymat. Hyperplasia lienis recens, Nephr. parenchym. Die Organe der Bauchhöhle zeigen schon sämmtlich ziemlich faulige Veränderungen, ebenso die Eierstöcke.

Die hier so intensiv ausgesprochenen cadaverösen Veränderungen in der Leiche, und zwar nach bereits 24 Stunden (mit Berücksichtigung der Winterszeit), dürften die Annahme einer sehr starken Infektion des Blutes an sich rechtfertigen, wenn nicht auch die frischen Trübungen und Schwellungen der Drüsenparenchyme uns einen noch sichereren Halt für unsere Annahme gäben — ebenso die Dünnflüssigkeit des Blutes in fast allen untersuchten Gefässen. Bemerkenswerth ist die Ausbreitung der Diphtherie vorzugsweise auf das rechte Uterushorn, wo die Placentarstelle liegt. Trotzdem sehen wir sulzige Infiltration beider ligg. lata, ja sogar links eine stärkere eitrige Infiltration. Ein Blick auf die im linken Horn verhaltenen Eihautreste genügt, um uns über den vorliegenden ursächlichen Zusammenhang in's Klare zu bringen. — Diphtherie am introitus vaginae ist augenblicklich nicht mehr zu konstatiren. — Der Zustand des Peritoneum deutet vielleicht auf das allererste Stadium einer diffusen Entzündung. Hierfür spräche einestheils die Beschaffenheit der Bauchhöhlenflüssigkeit, anderntheils vielleicht die grössere Weite der Gefässe und stärkere Blutfülle derselben (Hyperämie), welche allein in so kurzer Zeit nach dem Tode, abgesehen von der Dünnflüssigkeit des Blutes, eine so allgemeine Imbibition der Serosa mit Blutfarbstoff setzen konnten.

Fall 44. Marie K., Dienstmädchen, 24 J. [18./XI.] [565.]

Sehr wohl gebaut, regelmässig entwickelt, fettreiche Haut, Mammae beiderseits wohl entwickelt. Das Abdomen etwas aufgetrieben. Muskulatur ein wenig trocken, bräunlich. — Uterus bicornis. Abortus im 6. Monat. — In der Bauchhöhle wenig freie, eitrig gefärbte Flüssigkeit, von ziemlich dünner Beschaffenheit. Das Netz sehr fettreich, die Eingeweide, besonders im grossen Becken, etwas livide. Die Därme in den oberen regg. abdomin. ziemlich intact, weiter nach unten, und in der Beckenhöhle ganz besonders, sind die vorliegenden Dünndarmschlingen durch eitrig faserstoffigen Belag, der sich auch am genitalen Theil des Bauchfells vorfindet, lose mit einander verklebt. In der Tiefe des Beckens und in den Seitentheilen reichliche Ansammlung dünner eitriger Massen. Auf dem serösen Ueberzug der Leber, sowie dem abdominalen Theil des Diaphragma ziemlich beträchtlicher, eitriger Belag, der die Leber mit dem Diaphragma ziemlich lose verklebt. In der excavatio recto-uterina viel eitrige Massen; Ovarien und Tuben auf ihre Oberfläche mit eitrigem Belag. Der Peritonealüberzug darunter stark injicirt; die Tuben an der Beckenwand selbst befestigt. — Links ist V. sperm. ganz frei. Rechts liegt in der regio lumbal. unterhalb der Nieren ein Körper, von Gestalt und Grösse einer Wallnuss, der sich nach oben unmittelbar in die V. spermat. dextr. fortsetzt. Dieselbe ist unterhalb ihrer Einmündungsstelle stark verdickt, mit jauchigem Zufall ihres Gewebes, im Innern mit flüssiger jauchiger Masse gefüllt. An ihre Einmündungsstelle in die V. cava inf. befindet sich ein lang hingestreckter, dünner, ihrer Wand ziemlich fest adhärirender Thrombus, der sich in die V. cava selbt fort-

setzt. Das oben erwähnte Paquet selbst zeigt sich auf den Durchschnitt als bestehend aus einer grossen Anzahl varicöser Venen, mit Thromben gefüllt, deren sehr missfarbiges Gewebe zu einer konsistenten Masse zusammengekneten worden. Nach dem Uterus zu setzt sich das Paquet in ebenfalls vielfach geschlängelte, varicös verlaufende, venöse Gefässe fort. Das lig. latum dextr., ebenso Tuba und Ovarium sehr beträchtlich angeschwollen; das lig. latum dextr. durchsetzt von zum Theil mit Eiter, zum Theil mit Thromben gefüllten Venen. Das rechte Ovarium, dessen Peritonealüberzug mit eitrigen Massen bedeckt ist, zeigt ein sulziges, sehr turgescentes Stroma, in demselben eine Reihe von Follikeln und ein corpus luteum verum von gelbbrauner Farbe. Das lig. latum sin. in Gewebe und Gefässen intact. Der Uterus hat eine ziemlich difforme Gestalt. Schon äusserlich scheidet sich der Körper in zwei Hälften, von denen die linke kürzer und schmäler, die rechte breiter und länger ist. Der Längenüberschuss stellt sich als eine stumpfe Hervorragung nach oben dar. Der obere Rand des Uterus erscheint, auf diese Weise, schief von oben und rechts nach unten und links verlaufend. — Längendurchmesser $13,_5$ Ctm., Breitendurchmesser $9,_5$ Ctm., Dickendurchmesser $2,_7$ Ctm. Der Peritonealüberzug des Uterus ist verdickt, mit einer ziemlich dicken Lage einer konsistenten, eitrigen Masse bedeckt. Muskulatur von grauweisslicher, sehr trüber Farbe und weich. Die Schleimhaut in der ganzen Ausdehnung der ziemlich langen portio vaginalis und in der rechten Hälfte des Uterus (duplex; dünne membranöse Scheidewand vom fundus uteri bis zum orif. int.) bedeckt mit einer schmutzig graulich schwarzen Masse, die sich in sehr dicker Lage und von fester Consistenz findet, besonders auf der die hintere und rechte Seitenwand einnehmenden Placentarstelle. Von der Placenta selbst ist noch ein ziemlicher beträchtlicher Rest erhalten. — Die durch das Septum von der rechten Seite abgetrennte linke Höhle zeigt eine ziemlich intacte Schleimhaut. Auf ihrer Oberfläche befinden sich weisslich gelbe, fast netzförmig angeordnete, unter dem Wasserstrahl flottirende, feinfaserige Erhebungen. Diese Beschaffenheit setzt sich ziemlich scharf ab an derjenigen Stelle, wo die innere Scheidewand aufhört. Vagina ziemlich weit, stark gefaltet. Am Introitus findet sich ein ausgedehntes, etwas schon in Reinigung begriffenes, diphtheritisches Geschwür. — Leber und Milz vergrössert, besonders erstere. Die Parenchyme schlaff, weich, zerdrückbar, zum Theil cadaverös gefärbt. — Nieren wenig geschwollen, allein mit starker Trübung der Rinde. — Nebennieren dürftig entwickelt. — Magen und Darm mit intacter Schleimhaut, im letzteren galliger Inhalt. — Herzmuskel derb, schmutzig braunroth. Lungen frei. — Rectum und Blase zeigen nichts Abnormes. —

Dieser sowohl in physiologischer, wie in pathologischer Hinsicht so manches Interesse bietende Fall hat eingehende Erwähnung gefunden, besonders auch in Betreff des klinischen Verlaufes, in den Dissertationen von Dr. Reinhard Schultze*) und Dr. von Zaremba.**) — Wir finden hier so viel Ausgangspunkte für den diffusen peritonitischen Prozess, dass wir uns seinen, erst im Fortschreiten begriffenen, Verlauf nur

*) Dr. Reinhard Schultze, 22 Fälle wichtiger Puerperal-Erkrankungen des Sexual-Apparates, Inaugur.-Diss. Berlin 1869, p. 9.

**) Dr. Richard von Zaremba, 3 Fälle von Uterus bicornis, Inaugur.-Diss. Berlin 1869, p. 22.

erklären können aus der intensiven Blutinfektion und dem so beschleunigten letalen Ende, ehe die Peritonitis, wenigstens auch auf der linken Seite, sich vollständiger ausbreiten konnte. Denn rechts allerdings reicht der Prozess bis zur abdominalen Seite des Diaphragma; und es ist interressant, hier in der rechten Seite der Bauchhöhle, einestheils die Ausbreitung der Metrophlebitis (Thrombophlebitis spermatica dextr.) septica zu beobachten, andererseits die allmälige Ausbreitung der Diphtheritis von der Placentarstelle im rechten Uterushorn auf das Uterusgewebe selbst, und in das rechte lig. latum, und auf die sulzig infiltrirten diesseitigen Adnexe (tuba und ovarium) u. s. w. zu verfolgen. — An der Placentarstelle findet sich nicht nur Diphtherie, sondern wir treffen auch faulende Placentarreste, wahrlich genügende Ursachen für die Infektion. Die Ausbreitung der Peritonitis in der linken Abdomenhälfte muss von rechts her geschehen sein, da die linksseitigen Adnexe des Uterus vollständig intact erscheinen, entsprechend dem linken Uterushorn, dessen Schleimhaut mit Ausnahme der weisslich gelben, netzförmig angeordneten, fein faserigen Erhebungen, normal erscheint. — Auch hier ist zwischen der Diphtherie der Placentarstelle, welche, wie die genannten Erhebungen im anderen Horn, mit dem Ende der Scheidewand am inneren Muttermund abschneidet, und dem diphteritischen Geschwür am Introitus eine grosse Strecke (Vagina und Cervikalkanal) scheinbar intacten Gewebes. Leider finden wir keine näheren Angaben, ob die missfarbige Beschaffenheit der Uterussubstanz am linken Horn gefehlt hat oder nicht. Ebenso fehlen genauere Maase für beide Uterushörner im Einzelnen.

Fall 45. Pauline H., 17 J. [6./II.] [182.]

Puerpera von 8 Wochen. Wohlgebaut, doch spärlich genährt; geringes Oedem der unteren Extremitäten, sehr blasse Haut, blasse hellrothe Muskulatur. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle sind die Contenta vielfach unter einander, sowie mit Bauch- und Beckenwand verwachsen und zwar durch Adhäsionen, die schon gefässhaltig, doch relativ frischen Datums sind, so dass sie ohne Mühe sich durchtrennen lassen. Sehr stark entwickelt sind die Verwachsungen um die Leber, noch dichter und ausgedehnter an den Beckeneingeweiden. An vielen Stellen in der Bauchhöhle finden sich nach Zerreissung der Adhäsionen abgekapselte Eiteranhäufungen. Der Eiter selbst ist überall gelblich weiss, etwas dick, an mehreren Stellen übelriechend. Milz rings von Adhäsionen umgeben, gross, von ziemlich zäher Consistenz und mit zahlreichen, grossen Follikeln. Harnblase stark contrahirt mit dicker, gerötheter Schleimhaut. — An der hinteren Commissur der Vagina eine frische sternförmige Narbe. Uterus noch sehr gross, Muskulatur noch dick, aber weich, in den subserösen Schichten mehr graulich schiefrig gefärbt, in der Mucosa hellgelb, fettig. — Reste der Placentarstelle andeutungsweise an der hinteren Wand. Mitten durch die hier vorhandenen glatten Wülste läuft in der Längsrichtung eine Narbe. — Vv. spermat. beiderseits, sowie Vv. femorales mit dünnflüssigem Blute gefüllt. Im Magen sehr zahlreiche, ziemlich tief reichende Erosionen. — Hepar adip. Nephritis parenchym. et interstit. Dilatatio ventric. cord. sin. Hydrothorax fibrin. dupl. Osteophyta calvariae puerp. —

Dieser Fall ist für die Geschichte der Peritonitis subserosa von Interesse. Dass es sich hier um einen primär im subserösen Bindegewebe verlaufenen Prozess handelt, ergiebt klar der Sektionsbericht selbst. Dass der Prozess mit einer Affektion des Uterus im Zusammenhang sich befindet, ergiebt sich ebenso aus der sehr mangelhaften Rückbildung der Gebärmutter. — Wir sehen aber den mit Recht als diffus zu bezeichnenden Entzündungsvorgang höchstens subacut verlaufen, und das Individuum geht zu Grunde nicht an der Peritonitis als solche, sondern an der allmälig zunehmenden Hydrämie (Oedem der Unterextremitäten) und Entkräftung, acht Wochen erst nach der Entbindung. — Dieser Ausgang entspricht ganz dem langdauernder und mehr ausgebreiteter Phlegmonen, wobei freilich die immer stärker sich ausbildende Ichorrhämie den tödtlichen Ausgang befördert. Bemerkenswerth sind die reichlicheren Verwachsungen um die Leber und die Milz. Sind sie mit den Veränderungen dieser Organe, oder der grösseren Affektion des subserösen Bindegewebes in ihrer Umgebung im Zusammenhang?

Fall 46. Friederike Ost. 28 J. [30./I.] [168.]

Puerpera am 15. Tag nach der Entbindung von einem ausgetragenen lebenden Knaben. Klein, aber gut gebaut, ziemlich gut genährt. Haut dunkel, in's Gelbliche spielend. Abdomen ziemlich stark ausgedehnt. Unterhautfettgewebe überall trocken, hellgelb. Muskulatur dunkel, ebenfalls gleichförmig trocken. — Status puerperalis. Myofibroma petrificatum ovarii. — Nach Durchschneidung der vorderen Bauchwand springt ein sehr grosser Tumor in's Auge, der den grössten Theil der Bauch- und Beckenhöhle ausfüllt. Der Tumor reicht seitlich bis an die linke und bis an die rechte Bauchwand heran, indem er beiderseits den spinae il. unmittelbar anliegt. Nach oben endet er mit einem nahezu horizontalen Rande, der im Niveau der Rippenbogen liegt. Die Leber ist ganz hinter den Rippenbögen rechts verborgen. In dem noch freigebliebenen Theil der Bauchhöhle, also in der regio epigastrica und den Hypochondrien liegt das Colon transversum frei vor, bedeckt und umhüllt von dem ziemlich fettreichen grossen Netz. Hinter dem Colon transv. versteckt liegen die nach oben gedrängten Dünndarmschlingen, besonders auf der linken Seite, indem die Milz durch sie ganz nach hinten geschoben ist. — Zwischen der vorderen Bauchwand und der vorderen Fläche des Tumors befinden sich weiche, fibrinösartige Schichten, welche diese Theile locker mit einander verkleben. Aehnliche Verklebungsschichten sind zwischen den tieferen Darmschlingen anzutreffen. Auch findet sich in den abhängigen Theilen der Bauchhöhle eine geringe Menge einer gelbröthlichen eitrigen Flüssigkeit. Der Tumor reicht weit in's Becken hinab; neben ihm, in der rechten Hälfte des Beckens, liegt der Uterus, von der Grösse einer Mannsfaust, sonst weich. Neben diesem, hinter der rechten Beckenwand versteckt, liegt das rechte Ovarium und die rechte Tuba. Das Ovarium lang, dünn und platt. In seinem mässig weichen Stroma mehrere Corpora nigra und ein Corpus luteum. Die kollosale Geschwulst ist das zu einem Myofibroma (mit theilweiser Petrifikation) entartete linke Ovarium. — Ausser den Adhäsionen an die vordere Beckenwand ist die Geschwulst überall vollkommen frei und nur an der Basis durch das lig. ovarii, resp. das linke breite Mutterband,

befestigt. Die linke Tuba läuft über die vordere Fläche der Geschwulst, in der Nähe ihres unteren Randes. Sie ist natürlich verlängert, aber das Lumen, sowie das Ostium abdom. und die Fimbrien durchaus unversehrt. — Das linke lig. latum stellt also den sehr breiten Stiel der Geschwulst dar; der äusserste Theil des Stieles aber wird durch eine alte, pseudoligamentöse Adhäsion, von der Basis des Tumors zum Sromanum hinüberziehend, gebildet. — Die Oberfläche der Geschwulst ist platt im Allgemeinen; doch prominiren einzelne Höcker über das Niveau. Unter den fibrinösen Lagen kommt eine glatte, vollständige Kapsel zu Gesicht, in welcher ganze starke, serpentine Venen hervortreten. Nur an der hinteren Fläche der Kapsel inseriren sich gefässhaltige, franzenartige Adhäsionen, die jedoch an kein anderes Eingeweide hinüberziehen, und daher dem Tumor seine Freibeweglichkeit nicht nehmen. Die Schnittfläche des Tumors, in der Mitte etwa eine Querschicht von knochenartigem, stark gerötheten Gewebe zeigend, bietet sonst eine weisse, oder eine gelbliche Färbung, die einer auch harten und derben Masse von trabeculärer Anordnung, aus feineren und gröberen, mannigfach sich verfilzenden, balkenartigen Zügen bestehend, angehört. Nur im obersten Theil des Tumors ist die Schnittfläche stark geröthet, durch die Anwesenheit zahlreicher grosser Gefässe. Hier ist auch die Konsistenz viel weicher. In den harten Theilen bemerkt man nur einzelne, aber recht grosse Gefässlumina. — An der Basis geht die Geschwulstmasse ziemlich continuirlich über in einen weichen, pflaumengrossen Körper, der auf dem Durchschnitt den Habitus von Ovarialgewebe zeigt, doch ohne Follikel. Das Gewebe des Stiels ist zum Theil ödematös; weiter, nach dem Uterus hin, ist dasselbe von einer gelben, sulzigen Masse durchtränkt, die Venen darin meist mit dünnflüssigem Blute gefüllt. Die Lymphgefässe nicht zu erkennen. Am Introit. vaginae mehrfache frische Einrisse und Geschwüre, von denen einige leicht diphteritische Anflüge zeigen. Vagina weit; Schleimhaut bläulich, livide, aber glatt. Der Muttermund zeigt frische Einrisse, die diphtheritisch infiltrirt sind. Die an der hinteren Wand der Uterushöhle befindliche Placentarstelle zeigt ihre wulstförmigen Unebenheiten im ganzen Umfang stark diphtheritisch infiltrirt. Die übrige Uterinschleimhaut stark geröthet, weist ebenfalls diphtheritischen Belag auf, die auf den Cervix sich erstreckend, bis zum äusseren Muttermund reicht. Die Muskulatur des Uterus weich, schmutzig gefärbt, namentlich in den subserösen Schichten, matt und nicht durchscheinend. Venen des Uterus sind überall weit, mit dünnflüssigem Blute gefüllt; ebenso die Vv. spermat. — Mit Eiter gefüllte Lymphgefässe nicht nachweisbar. — Nieren etwas gross, geringe Trübung der Rinde, eine leichte frische Schwellung der Milz, Leber zeigt grosse Acini, braunes Centrum, graue Peripherie. Leichte Schwellung der Solitairfollikel im Darme. Herz normal, aber schlaff.

Aus der normal verlaufenen Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes, trotz der Raumbeschränkung in der Bauchhöhle durch das Myofibroma ovarii sin., ausser der absoluten Freibeweglichkeit des Tumors, die wegen der günstigen Chancen für eine Operation bemerkenswerth, finden wir für unseren Gegenstand den interessanten Befund, dass die Diphtheritis der Placentarstelle zwar auf Uterus und dessen subserosa sich fortgepflanzt, hauptsächlich aber ihren Weg in das linke Lig. latum und so auf die Oberfläche des Tumors gewonnen, von wo wir den Uebergang des Prozesses auf die tieferen, dem Tumor direkt aufliegenden

Darmschlingen beobachten, wo schon vorher Verklebungen des Fibromyoms mit der vorderen Bauchwand angetroffen worden. — Die rechte Seite der Beckenhöhle frei, ebenso keine Erwähnung von einer Exsudatschicht auf der Oberfläche des stark nach rechts verlagerten Uterus. Die parenchymatösen Affektionen der Organe gering. Das Herz schlaff, das Blut dünnflüssig. — Diphtherie am Scheideneingang, Diphtherie an den frischen Einrissen des äusseren Muttermundes und Diphtherie der Placentarstelle, als auch der ganzen Uterusschleimhaut. —

Fall 47. Marie R. 19 J. [10./VI.] [426.]

Gut gebaut und genährt. Haut in mässigem Grade icterisch. Brüste wohl entwickelt. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle eine reichliche Quantität dünnflüssigen, gelben Eiters. Die Darmschlingen durch lose Beschläge leicht verklebt. In dem Raum zwischen Blase und Uterus und im Douglas'schen Raum reichliche, eitrige Massen. — Aeussere Wand der Blase und der Peritonealüberzug des Uterus bedeckt mit massenhaften eitrigen Belegen. Schleimhaut des Rectum ausserordentlich blass, das Lumen angefüllt mit konsistenten Faecalmassen. — Ovarien und Tuben stark angeschwollen, bedeckt mit fest adhärirenden, eitrigen Massen. Uterus gross. Die Vagina angefüllt mit theils konsistenten, theils bröck. ligen Coagulis von dunkelschwarzer Färbung. Die Schleimhaut darunteabgestossen, aber normal. Am orif. uteri ext. schwärzliche Auflagerungenr Muskulatur etwas weich, weissgelb. In der Höhle einander gegenüberliegend, an der vorderen und an der hinteren Wand je eine Placenta (?). Schleimhaut des Uterus schwärzlich grün, doch zeigt sie nirgends einen eigentlich (?) diphtheritischen Belag. — Die Tuben beiderseits sehr stark ausgedehnt, ihre Wandungen infiltrirt, ihr Lumen mit flüssigen, eitrigen Massen angefüllt. — Die Eierstöcke mit zahlreichen Follikeln. — Die ligg. lata zeigen einen geringen Grad von sulziger Infiltration. Die Venen des Plexus uterinus überall etwas ausgedehnt und gefüllt mit flüssigem Blute. — Parenchymatöse Entzündung der Milz, der Nieren. Herzmuskel etwas schaff, grauröthlich. Die Klappen blutig imbibirt, sonst normal. Im Pericardium, auch in der Pleura wenig sanguinulente Flüssigkeit. Oedema pulm. Hepar adipos.

Es ist Schade, dass gewisse Ungenauigkeiten des Sektionsberichtes uns keinen freien Ueberblick über diesen Fall verschaffen. Ob es sich hier um eine Zwillingsschwangerschaft, und Entbindung mit Retention beider Placentae (?) handelt, mit mangelhafter Kontraktion des Uterus, Nachblutung und späterer Sepsis, mag in Bezug auf die ersten Momente dahingestellt bleiben. — Für uns genügt aber schon der Nachweis einer diffusen Peritonitis neben theils fauligen, theils wahrscheinlich diphtheritischen Vorgängen in der Uterushöhle mit deutlich an Nieren, Milz, dem Herzen und der Beschaffenheit des Blutes ausgesprochener Sepsis. Interessant wäre, wenn sich die Zeit, welche die Blutkoagula in den Genitalien verweilt, feststellen liesse, da wir in denselben in der That bessere und schnellere Leiter fauliger und diphtheritischer Infektionsstoffe zum Uterus haben dürften, als in der Schleimhaut der Vagina selbst oder deren halbflüssiger Bedeckung, selbst wenn dann am Introitus ein schon diphtheritisches Geschwür sich vorfände. Die Beschreibung der

Coagula deutet allerdings auf ihren theilweise schon eingetretenen Zerfall, ebenso die Beschaffenheit des orif. uteri ext. — Tod angeblich in Folge von Lungenödem. —

Fall 48. Louise M., 20 J. [7./XI.] [548.]

Sehr gut gewachsen, mittelgross, fettreich, gelbliche Haut. Mammae beiderseits sehr wohl entwickelt. — Am rechten Unterschenkel, im unteren Drittel desselben die Haut in Narbengewebe verwandelt. Die Tibia dem entsprechend hyperostotisch aufgetrieben. — Syphilis constitut. — Am Abdomen eine Anzahl von Blutegelstichen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine mässig reichliche, trübe, gelbliche, mit Faserstoffflocken gemischte Flüssigkeit. Die Därme in der Medianlinie und in der rechten Seitenhälfte des Abdomen von dem sehr fettreichen, angeschwollenen Netz bedeckt. Das Colon transv. reicht mit einer Ausbuchtung in die regio iliaca dextr. hinunter, und ist mit der stark injicirten Serosa der Därme lose verklebt. — Convexe Fläche der Leber mit ziemlich konsistentem, fibrinöseitrigem Belage bedeckt, in dem einzelne ausgezeichnet fettige Stellen sich finden. Ihr Parenchym teigig, mässige Fettinfiltration der Peripherie der Acini. Das Bindegewebe zwischen der hinteren Wand der Blase (deren Schleimhaut intact) und der vorderen der Scheide im Zustand ausgedehnt sulziger Infiltration. — In der Excavatio rectovagin. vielfach sich netzförmig mit einander verbindende, pseudomembranöse Stränge, die ein Maschenwerk bilden, in dessen Höhlen, ebenso wie in der Tiefe des Douglas'schen Raumes, massenhafter, dünnflüssiger Eiter angehäuft ist. — Vagina ziemlich eng, Schleimhaut epidermoidal. Portio vagin. zeigt flache Erosionen an beiden Lippen. Cervix ziemlich lang, Schleimhaut faltenreich. Uteruskörper stark hyperplastisch, Muskulatur weisslich gelb, ziemlich derb. Schleimhaut in der Uterushöhle sehr verdickt, wulstförmig vorspringend. Beide Ovarien und Tuben liegen in sehr dicken perimetritischen Pseudomembranen. — Die Eierstöcke ziemlich gross, mit einer grösseren Anzahl von cystischen Körpern. Beide Eileiter am ost. abdomin. obliterirt, durch obige Adhäsionen an die Eierstöcke befestigt. Das Lumen der Tuben so dilatirt, dass die Tuben wie dünne, birnförmige Körper erscheinen. Die Wandung in Toto sehr hypertrophisch, besonders die Schleimhaut. Die Höhle erfüllt mit einer schleimigen, grauweissen Masse. — Ligg. lata leicht geschwollen, nirgends eitrig infiltrirt. (Fortsetzung fehlt!) .... Nieren stark parenchymatös getrübt. Milz auf das Doppelte vergrössert, Parenchym derb, Follikel sehr zahlreich, wenig vergrössert. — Follikuläre Apparate am Zungenrücken, ebenso die Tonsillen ausserordentlich stark entwickelt. — Mesenterialdrüsen, namentlich die des Ileocoecalstranges ziemlich beträchtlich geschwollen und aufgelockert. Schleimhaut blass. Im Ileum und Colon Vergrösserung der solitairen Follikel.

Wir müssen hier dreierlei Prozesse der Zeitfolge nach unterscheiden:

1) alte chronische Perioophoritis und Perimetritis, welche die vielfachen Adhäsionen und Pseudomembranen im Becken geliefert haben und mit der chronischen Hyperplasie des Uterus und seiner Adnexe (coitus persaepe factus) im Zusammenhang stehen;
2) nicht mehr frische peritonitische Auflagerungen, so bes. auf der Leber, und Anhäufung von Eitermassen in der Umgebung des Uterus;
3) eine frische diffuse Peritonitis, deutlich vom Becken aufsteigend (die sulzige Infiltration des Bindegewebes zwischen Blase und

Uterus, frische Injektion der Darmserosa, Schwellung des Netzes, die Beschaffenheit der Flüssigkeit in der Bauchhöhle).

Der Charakter der Peritonitis in Verbindung mit dem Zustand der Umgebung des Genitalapparates, also des Ausgangspunktes, dann aber die Affektion der Nieren, der Milz und des Darmes, welche letztere Affektion hier besonders stark ausgeprägt sind, sprechen mit grosser Wahrscheinlichkeit für den infektiösen Ursprung der Peritonitis, für intensive Infektion des Blutes. —

In wie weit die Vergrösserung der lymphatischen Apparate mit dem akuten Prozess, in wie weit sie mit der constit. Syphilis im Zusammenhang, kann nicht genauer präcisirt werden. Ebenso ist der Einfluss des konstitutionellen Virus in der Blutmasse auf den rascheren oder langsameren Verlauf der Peritonitis diffusa, auf ihr Entstehen, eine hier nicht zu lösende Frage. —

Wenn uns hier auch der ursprüngliche Heerd (rectum und Blase nicht untersucht; die Berstung eines Hydrops ovarii nicht konstatirt) nicht vorliegt, so glauben wir mit Recht annehmen zu können, dass das Leben des Individuums ebenso durch die starke Blutinfektion, wie durch die diffuse Peritonitis seinem letalen Ausgang entgegengeführt worden. —

Fall 49. Louise G., Dienstmädchen. 26 J. [20./XI.] [611.]

Puerpera von 13 Tagen. Gut entwickeltes Frauenzimmer mit sehr reichlichem Fettpolster. Mammae ziemlich gross, etwas hängend. In der Gegend des rechten Trochanter und am Kreuzbein mässiger Decubitus. — Status puerperalis. — Nach Eröffnung des Abdomen zeigen sich die Dünndärme mächtig von Gas aufgetrieben, vom vorliegenden Netze überdeckt. Letzteres ist mit den Därmen, und diese unter einander durch dünne faserstoffige Beschläge verklebt. Peritoneum visc. und auch das p. pariet. ziemlich stark hyperämisch. — In den abhängigen Theilen des Abdomen reichliche Ansammlung von ziemlich konsistenten, fibrinöseitrigen Massen. — In der Excavatio recta-uterina noch reichlicher, in der Excav. vesico-uterina dieselben Massen, gemischt mit graugelblicher Flüssigkeit. — Uterus sehr gross. Seine Serosa ebenfalls vollständig eitrig belegt. Vagina weit, am Introitus gegen den Damm hin eingerissen. An der rechten Seitenwand, ebenso links, zwei in der Heilung begriffene Stellen, wo die obersten Lagen der Schleimhaut zerrissen, zum Theil defekt sind. Portio vaginalis mit sehr zahlreichen Einrissen. — Schleimhaut des Cervix dunkel cyanotisch, sehr stark aufgelockert, hier und da einzelne Cysten. An der hinteren Wand, gegen das orif. int. hin, sich immer mehr verbreitende, die ganze Circumferenz der Schleimhaut einnehmender, schmutzig grünlicher, fest adhärirender Belag. Die Placentarstelle überzieht er in einer ganz dicken Lage. Die vordere Innenwand des Uterus völlig frei. — Auf dem diphtheritischen Belage befinden sich an einzelnen Stellen unregelmässige Inseln einer mehr fleischartigen, ziemlich konsistenten, schmutzig gelbröthlichen Masse, nach deren Abziehen der diphtheritische Belag erst zu Tage tritt. — Diesen Auflagerungen entsprechen proportionale Defekte auf der Innenseite der vorderen Uteruswand, so dass also eine Adhärenz, wie es scheint, der Placentarstelle mit der vorderen Wand vorgelegen hat, deren Trennung nur mit Substanzverlust der vorderen Innenwand mög-

lich war. (?) — Uterusgewebe grauröthlich, ziemlich weich, von weiten Gefässen durchzogen. — Ovarien und Tuben sehr stark hyperämisch, mit einem dünnen eitrigen Belage bedeckt. Gewebe sehr turgescent, blutreich, feucht, mit einzelnen Eiterpunkten. Rechtes Lig. latum völlig frei. — Links dagegen im Zustand sulziger Infiltration, zum Theil durchzogen von mit Eiter gefüllten, vielfach gewundenen Gängen. Venen des Uterus frei. — In den Vv. spermatic., sowie in der V. cava inf. dünnflüssiges Blut. — Starke parenchymat. Affektion der Nieren, Leber und Milz. — Thrombose kleinerer Nierenvenenäste, sowie der V. supraren. sin. Im Darm starke Schwellung der Follikel, sonst nichts Abnormes. — Herz ziemlich gross, wenig contrahirt; Muskulatur grauroth, von guter Consistenz. Klappen intact. Aorta eng. — Wenig Transsudat im Pericardium und der pleura dextr. Hydrothorax sin. — Hypostase in den unteren Lungenabschnitten.

Dieser Fall ist so typisch für den Verlauf der diffusen Peritonitis, ausgehend vom Genitalapparat und begleitet von gleichzeitiger Infektion des Blutes, dass er eigentlich keines Commentars bedürfte. Wir wollen nur den eigenthümlichen Zustand der diphtheritisch afficirten Uterusschleimhaut erwähnen, mit welcher die gegenüberliegende Schleimhautfläche fest adhärent gewesen sein soll (?)

Bemerkenswerth die Affektion der Uterusschleimhaut blos an der hinteren Wand der Uterushöhle, sowie die Ausbreitung des Prozesses auf die linke Beckenhöhle, während Lig. lat. dextr. u. s. w. intakt sind.

Die Organe sowohl, als die Blutbeschaffenheit geben Zeugniss von der starken Blutinfektion. Die peritonitischen Auflagerungen wiegen vor, vor den frei in's Cavum abdom. abgesetzten Exsudatmassen, welche jedoch auch ziemlich consistent sind. Nur in der nächsten Umgebung des Uterus findet sich eine Beimischung von graugelblicher Flüssigkeit, während die mehr nach aufwärts liegenden Exsudatmassen ihre gute, dickeitrige Beschaffenheit noch beibehalten haben. —

Der diphtheritische Prozess beginnt an der hinteren Wand des Cervix, nach der Uterushöhle immer mehr sich verbreiternd. — Der untere Theil des Cervix mit seinen Einrissen, sowie die Läsionen der Scheide und des Scheideneinganges, auf eine ziemlich erschwerte Entbindung deutend (zum Theil schon in Heilung begriffen), zeigen augenblicklich keine diphtheritischen Veränderuneen mehr. —

Fall 50. R. geb. P., 26 J. [29./XII.] [662.]

Schlank gebaut, von mittlerem Ernährungszustand. Muskulatur schwach entwickelt. Unterhautfett mässig reichlich. Hautdecken schlaff, mit zahlreichen weissen Narben. Thorax sehr flach. Die Brustdrüsen sehr klein, ihr Gewebe derb und trocken, auf der Schnittfläche wenig zähe, glasige Flüssigkeit. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle eine ziemlich grosse Menge einer trüben gelblichen Flüssigkeit, die mit zahlreichen citronengelben, flockigen Massen vermischt ist. Diese Massen finden sich auch auf verschiedenen Organen der Bauchhöhle, besonders auf der Leber und dem Uterus, vielfach aber auch auf und zwischen den einzelnen Darmschlingen. — Der Uteruskörper ist mit sehr reichlichen fibrinösen Auflagerungen versehen. Die Serosa, ausser im hin-

teren Douglas'schen Raum, wo sich mehr weniger umfängliche Trübungen und lebhaft gerötheten Stellen zeigen, ansonsten normal. — Der Uterus selbst beträchtlich vergrössert. Seine Innenfläche grauröthlich, fast durchweg glatt, mit leichten ziemlich regelmässig querverlaufenden Furchen versehen. An der vorderen Wand der Uterushöhle finden sich in ziemlicher Ausdehnung missfarbige, derbe knotige Massen der Innenfläche aufgelagert. Dieselben haften fest und lassen sich nur mit Substanzverlust ablösen. Auch an der hinteren Fläche und im Cervicalkanal finden sich einzelne grössere und kleinere solche Fetzen, allein leicht von der Unterlage abzuheben. Der äussere Muttermund und der angrenzende Theil des Cervicalkanals geröthet und geschwollen. Auf dem Durchschnitt erkennt man die drei Schichten des Uterus, von denen die Mucosa relativ sehr dick erscheint, besonders im Körper. Beim Einschneiden in die Uterussubstanz zeigen sich die Venen entweder leer oder mit derben Gerinnungen gefüllt. Uterusgewebe grauröthlich, blass, mässig derb. Zur rechten Seite des Uterushalses, in dem umgebenden Bindegewebe findet man die hier verlaufenden Gefässe mit dicken eitrigen Thromben gefüllt, die sich innerhalb der breiten Mutterbänder einer Strecke weit fortsetzen. Links dasselbe in noch höherem Grade. Eigentliche Eiterhöhlen lassen sich nicht nachweisen. — Die Eierstöcke gross, Gewebe derb und feucht. Beide zeigen verschiedene Stadien des Corpus lut. Schleimhaut der Scheide glatt, ziemlich derbe, sonst unverändert. In der Blase klarer Urin, Schleimhaut am Blasenhalse lebhaft geröthet. — Magen und Darm intakt. Leber sehr gross, Oberfläche des rechten Lappens mit dem Zwerchfell durch leicht ablösbare Auflagerungen verklebt. Gewebe mässig blutreich, etwas blass, an einzelnen Stellen gelblich, Acini deutlich. Hämorrhagische Infiltration der unter der Kapsel liegenden Parenchymschichten. Hyperplasia lienis. Milzkapsel trübe. Nephritis parenchymat. — In der linken Pleurahöhle wenig, in der rechten eine reichliche, leicht trübe, etwas gallig gefärbte Flüssigkeit, mit zahlreichen gelblichen Flocken vermischt. Links ist der pulmonale Pleuraüberzug an einzelnen Stellen trübe und mit kleinen hämorrhagischen Flecken versehen. Lunge selbst frei, blos im unteren Lappen mit Hypostase. Dagegen ist die rechte Lunge sehr klein und zeigt an einer, der Brustwarze ohngefähr entsprechenden Stelle eine Adhärenz mit der vorderen Brustwand. Ihr Pleuraüberzug weist vielfache Trübungen auf und hämorrhagische Infiltrationen. Auch zeigt er zahlreiche flockige Auflagerungen, durch welche selbst die einzelnen Lappen des Organes mit einander verklebt sind. — Der obere Lungenlappen ist hier ebenfalls lufthaltig, dagegen im Unterlappen Hypostase. — Im Pericardium ohngefähr 30 Gr. einer klaren Flüssigkeit. Herz ziemlich klein, zeigt in allen Theilen normales Verhalten. Nur ist die Farbe der Musculatur, besonders links, etwas blass.

Wir haben hier einen sehr ausgebreiteteten Verlauf von Peritonitis diffusa, zu welcher eine sehr starke Affektion der rechten Pleura, eine schwächere der linken hinzugetreten sind. — Der Ausgang deutlich vom Genitalapparat und gewiss mit den verhaltenen Placentarresten in Zusammenhang. Eigenthümlich ist die Beschränkung der Veränderungen der Serosa am Uterus blos auf dessen hintere Seite. Sollte dieses mit dem Zerfall der Massen an der hinteren Fläche der Uterushöhle in Zusammenhang stehen, während die Massen an der Vorderwand noch sehr derb und festhaftend erscheinen? Beiderseitige Affektion der Ligg. lata, allein links stärker. Dagegen

scheint der peritonitische Prozess auf der rechten Seite sich weiter und intensiver entwickelt zu haben. — Die parenchymatösen Veränderungen der Organe beträchtlich, besonders der Leber. Auch sind hier die peritonitischen Auflagerungen am stärksten. Sonst in der Bauchhöhle scheinen die Auflagerungen mehr den Charakter von fibrinösen Niederschlägen auf den verschiedenen Organen zu haben. — Es lohnte vielleicht der Mühe nachzuweisen, ob das Entstehen und die Anhäufung solcher Niederschläge, bald durch das Gesetz der Schwere, bald durch topographische Verhältnisse der Organe zu einander, durch von letzteren abgegrenzte Buchten, Höhlen, Furchen, bedingt werde; oder, ob nicht die Gerinnung (richtiger das Entstehen) des Fibrin's in der peritonitischen Flüssigkeit, während des Lebens, dadurch zu Stande komme, dass die ersten Niederschläge, entsprechend der Thrombenbildung auf der erkrankten Gefässintima, zuerst an denjenigen Stellen der Serosa geschehen, welche einen gewissen Grad von Veränderungen, sei es durch lokale, sei es durch allgemeine Ursachen, erfahren haben — und dass von diesen primären Gerinnungen, die späteren, zum grossen Theil durch den Motus peristalticus wieder frei werdenden, Gerinnselbildungen ausgehen. — Dies gilt natürlich blos für gewisse Arten der peritonitischen Flüssigkeiten, wo die direkten Auflagerungen auf die Serosa zurücktreten, gegenüber der freien Exsudation. (Siehe später!)

Fall 51. Emilie B., Dienstmädchen, 24 J. [29./XII.] [661.] Gut genährt, gut entwickelte Muskulatur. Unterhautfettgewebe reichlich. Bauchdecken sehr schlaff mit zahlreichen Narben versehen. Die äusseren Genitalien sehr stark angeschwollen, von blassröthlicher Färbung. Der Damm stark vorgewölbt, gleichfalls sehr ödematös. Die beiden Brüste sehr gross, derb, das Gewebe theilweise bereits in eine weisse, grobkörnige Masse verwandelt, die eine reichliche Menge einer gelben, dicken Flüssigkeit liefert. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle ziemlich reichliche Menge einer trüben, röthlich gelben Flüssigkeit. Der untere Theil des Netzes ist mit der vorderen Wand der Uterushöhle leicht verklebt, die Oberfläche des Uterus selbst, besonders die hintere, ist mit zahlreichen, graugelben Auflagerungen versehen. Der Uterus an sich sehr stark vergrössert, ragt ohngefähr 9 Cent. über den Nabel empor. Bei Herausnahme der Geschlechtsorgane entleert sich aus der Scheide und dem Uterus eine sehr reichliche Menge dunkler, sehr derber Cruormassen. Die Schleimhaut der Scheide ist von bräunlich schwarzer Färbung, stellenweise, besonders nächst dem äusseren Muttermunde, defekt und ihre Wand, wo sie der hinteren Blasenwand anliegt, sehr verdünnt (siehe auch Blase!) Der äussere Muttermund ragt in Form einer theilweise durchlöcherten Membran hervor, ist gleichfalls von grauschwarzer Färbung, besonders auf der oberen Seite mit fest haftenden, schwärzlichen Gerinnungen bedeckt. Eben solche finden sich im unteren Abschnitt des Uterus am reichlichsten, während im oberen Theil des letzteren, locker mit umfänglichen Eihautresten gemischte Auflagerungen sich zeigen. Dieselben haben fast durchweg eine hellere, gelbbräunliche Färbung und eine vielfach unebene, warzenähnliche Beschaffenheit. Entsprechend der Placentarstelle ist die Uteruswand dünner, der Schleimhaut völlig beraubt, mit reichlichen Gerinnseln und fetzigen Massen bedeckt. — Eiter in den Gefässen der Ligg. lata. Eierstöcke sehr klein,

sehr derb, aber ödematös. — Blase vollständig collabirt, enthält gar keinen Urin. Die Schleimhaut in der Nähe des Grundes lebhaft geröthet und an der ganzen hinteren Wand, besonders an der dem äusseren Muttermund entsprechenden Stelle stark ödematös. — Induratio et Hyperplasia lienis. Seröser Ueberzug der Milzkapsel vielfach trübe, verdickt, mit zahlreichen, kleinen, weisslichen Wucherungen. Sehr starke Nephr. parenchym. recens, besonders links. — Hepatitis parenchymat., sehr deutlich ausgesprochen. Die Kapsel der Leber stellenweise trübe und hämorrhagisch infiltrirt. Das Parenchym unter der Kapsel gleichfalls hämorrhagisch. In der Gallenblase viel klare, grüne Galle. Darm ohne Veränderung. — Im Pericardium 60 Gr. einer röthlichen, klaren Flüssigkeit. Dilatatio et Hypertrophia ventric. dextr. et sin. Herzmuskel blassroth, ziemlich derb. Klappen normal. Auf der Innenfläche der Aorta asc. zahlreiche, oberflächliche, gelbe Flecke. Epicardium glatt. — An der Schädelbasis, auf dem Körper des Keilbeins, eine kleine, leicht kegelförmige Prominenz von knöcherner Beschaffenheit, worauf weisslich graue Massen aufliegen. Dura mater mässig dick, Pia mater ziemlich blutreich, etwas feucht, leicht ablösbar. Oedema cerebri, keine Heerderkrankung. Hypostase und Atelektase besonders des rechten unteren Lungenlappens. Alte Adhäsionen der Lunge an die Costalwand in geringer Zahl.

Es wäre sehr wünschenswerth in diesem Falle den klinischen Verlauf zu vergleichen, da der Befund für unsere Betrachtungen grossen Werth besitzt. — Anscheinend haben wir es mit einer erst vor Kurzem Entbundenen zu thun, welche uns eines jener traurigen Beispiele liefert, wo die Hilfe der Kunst mit einer — um es so zu nennen — absichtsvollen Unzurechnungsfähigkeit, geleistet worden. — Die sehr heftigen Veränderungen der Leber, Milz und der Nieren geben ein Maass für die Stärke der Infektion des Blutes, welche, neben den Einwirkungen des traumatischen Eingriffs als solchen, wohl hingereicht hat, um der wegen des Hirnödems bestimmt zu stellenden prognosis mala, den letalen Ausgang als Bestätigung folgen zu lassen. — Trotz der eitrigen Infiltration der Ligg. lata, trotz der beginnenden Affektion der Ovarien, wird es begreiflich, warum der peritonitische Prozess, erst auf die hintere Fläche der Uterusoberfläche beschränkt, blos eine Verklebung mit dem Netz geliefert hat, ohne sich weiter auszubreiten. — Die Veränderungen an der Milzkapsel, sowie die partiellen Adhäsionen der Lungen, ebenso die Veränderungen am Herzen, auch die Verfettungen in der Aorta, zu sondern von den puerperalen Prozessen, als frühere Affektionen. Dagegen interessant die Beschaffenheit der Leberkapsel im Vergleich zur Erkrandes Leberparenchyms, ebenfals die Ecchondrosis sphenooccipit. neben dem Hirnödem.

Fall 52. Sch. geb. K., 25 J. [29./X.] [532.]

Ziemlich gross, gut entwickelt, mit ausgedehnten Hypostasen an den unteren Theilen. Beide Mammae gut entwickelt. — Fracturae multipl. oss. et contusiones grav. — Status puerperalis. — Fraktur des linken Oberschenkels, mit sehr starker Zertrümmerung der Weichtheile in der Umgebung, mit sehr ausgedehnten Blutaustretungen, sowohl hier, als an vielen anderen Stellen beider unteren Extremitäten. Haemarthros genu sin. Fraktur der siebenten Rippe links, unweit des Sternalansatzes. — Uterus

reicht bis in die Höhe der lin. arcuata int. Sein Peritonealüberzug auf der hinteren Seite, namentlich im unteren und mittleren Abschnitt, mit einem fast kontinuirlichen, mit feinen Hämorrhagieen durchsetzten pseudomembranösen Belag versehen. Das Bindegewebe hinter der Symphyse an der vorderen Beckenwand, namentlich links, blutig durchtränkt, ebenso das Bindegewebe zwischen der seitlichen Wand der Blase und der Beckenwand. Portio vagin. aufgelockert, mit mehrfachen, ziemlich tiefen Einrissen, ihre Schleimhaut bedeckt, mit schmutzig röthlich gelbem Belage, nach dessen Abspülung die darunter liegenden Massen unter dem Wasserstrahl flottiren. Die Schleimhaut des Uterus in den seitlichen und den vorderen Theilen ziemlich intact, an der hinteren Wand dagegen, und namentlich an der Placentarstelle, mit schmutzig gelblich grünlichen Massen, die theils in Form einer adhärirenden Membrea, theils in Form eines mit Maschen durchsetzten Netzes erscheinen. Substanz des Uterus sehr weich, hier und da von röthlichen Partieen durchsetzt, deren Röthe offenbar auf Diffusion von Blutfarbstoff beruht. Ebenso die Vaginalschleimhaut cadaverös blutig imbibirt. Auch finden sich schon ausgedehnte cadaveröse Veränderungen am Abdomen. Gefässe der Uterussubstanz mit flüssigem Blute gefüllt. — Rechtes Ovarium stark vergrössert, feucht, stark serös durchtränkt. Linkes lig. lat. und das entsprechende Ovarium frei. — Zwischen den Blättern des lig. lat. dextr. flüssiges Blut. — Milz auf das Dreifache vergrössert. Parenchym elastisch, ziemlich derb, bläulich roth, Pulpa sehr reichlich und blutreich, Follikel wenig zu sehen. Nephritis et Hepatitis parenchym. Herz gut contrahirt. Muskulatur schmutzig braunroth. Endocardium serös imbibirt, sonst normal. —

Auch dieser Fall ist insofern sehr belehrend, als wir hier, neben sehr starken diphtheritischen Veränderungen am Genitalapparat, die Folgen sehr schwerer traumatischen Läsionen haben. — Die geringe Grösse des Uterus im Zusammenhang mit der grossen Weichheit des Uterusgewebes dürfte für einen Abortus sprechen. Dass der Tod hier in Folge der Verletzungen und der Sepsis eher eingetreten, als die auf der hinteren Fläche des Uterus (Placentarstelle an der hinteren Wand) beginnende, sehr acut erscheinende Peritonitis diffus werden konnte, dafür spricht indirekt, dass wir selbst jeden Einfluss zersetzender Momente auf die reichlichen Blutaustretungen in das Bindegewebe der vorderen und rechten Seite des Beckens (durch contre-coup — linke Seite des Beckens frei) vermissen. —

Fall 53. Anna K., Handarbeiterin, 19 J. [2./XI.] [538.]

Gross, regelmässig gebaut. Straffe gelbliche Haut, wohl entwickelte Brüste, prall gefüllt. — Unterhautfett ziemlich reichlich. — Status puerperalis. — Uterus etwas über die Höhe der linea arc. int. reichend, gross; Muskulatur feucht, weissgelb; Schleimhaut in ganzer Ausdehnung, besonders an der hinteren Wand, wo die Placentarstelle sich findet, in eine von Furchen durchzogene diphtheritische Masse verwandelt. An der Portio vaginalis, seitlich, sehr tiefe Einrisse. Vaginalschleimhaut in ganzer Ausdehnung mit diphtheritischen Ulcerationen besetzt. — Plexus perivaginalis mit frischen Thromben erfüllt, die der Gefässwand nicht adhäriren. Ligg. lata beiderseits, besonders an ihre Insertion am Uterus, in dicke, turgescente, von vielfachen Eiterhöhlen durchsetzte Massen verwandelt. Diese Massen scheinen von Gefässwandungen umgeben zu sein. Blutgefässe frei. — Beide Ovarien frei, turgescent. Ihre Oberfläche mit

leicht eitrigem Belag. Das Peritoneum an der hinteren Wand des Uterus mit der Serosa des Rectum leicht verklebt. Hyperplasia linis. Hepatitis et Nephrit. parenchymat. — Im Pericardium ohngefähr 30 Gr. einer trüben, dünneitrigen Flüssigkeit. Das Gewebe des Pericardium zeigt keine erheblichen Veränderungen. Herz gut konsistent, mit reichlichen Blutgerinnseln gefüllt; Muskulatur blass, gelblich roth. Unter dem Endocardium der Ventrikelwandungen, rechts und links, und namentlich an den Papillarmuskeln, einzelne sich scharf abhebende, in Zügen angeordnete Zeichnungen. Atelect. part. pulm. Nur geringe Beschläge auf beiden Ovarien und Verklebung der Uterusserosa mit dem Bauchfell der vorderen Mastdarmwand.

Dieser geringe Befund in der Bauchhöhle könnte neben der diphtheritischen Affektion des ganzen Geburtskanals, neben dem Fortschreiten des Prozesses auf ligg. lata und Ovarien (wo namentlich erstere sehr beträchtliche Veränderungen erfahren) mit Recht frappiren, wenn nicht die Phlegmone pelvica (Lymphangiotis periuter. supp.) an sich, in ihrer Acuität, ausgereicht hätte, um durch Infektion des Blutes und die so gesetzten Veränderungen in verschiedenen Organen (Milz, Leber, Nieren, frische Pericarditis) das tödtliche Ende, vor weiterer Ausbreitung der peritonitischen Entzündung, herbeizuführen.

Fall 54. Auguste H., Handarbeiterin, 23 J. [30./III.] [233.]

Puerpera von 5 Tagen. — Sehr gut gebaut und gut genährt. Besonders an Hals und Gesicht reichlich entwickeltes, hellgelbes Fettpolster. Muskulatur hellgrau roth. Mammae mässig gross, sehr prall, das Drüsengewebe gelbröthlich, Milchgänge gefüllt. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle nur im grossen Becken ganz wenig trübe, leicht röthliche Flüssigkeit. Die Därme ziemlich stark mit Luft ausgedehnt. — Die in grosser Ausdehnung geschwürig zerfressene Vaginalschleimhaut mit diphtheritischen, höchst missfarbigen Lagen bedeckt; ebenso fast das ganze Scheidengewölbe, auch die Schleimhaut des Corpus und die des cervix uteri in missfarbige, fetzige, diphtheritische Masse verwandelt, mit schlecht aussehenden Blutgerinnseln überzogen, besonders an den Placentarstellen. Auch ein tiefer Riss im cervix, durch welchen ein Theil der Cervicalportion fast abgetrennt ist. Uterussubstanz schlaff, gelblich weiss, mit sulzigen Streifen und Zügen. Einige Lymphgefässe mit gelblicher, eitriger Flüssigkeit gefüllt. Ligg. lata in gleicher Weise mit sulzigen, eitrigen Massen infiltrirt. Ebenso die Eierstöcke. — Serosa des Uterus an der hinteren Fläche etwas matt, mit ganz leichtem, fibrinöseitrigem Beschlage überzogen. — Starke parenchymatöse Entzündung von Nieren, Milz und Leber mit schlaffem Charakter. Rasch eingetretener Fäulnissprozess an den Organen der Leiche. Mesenterialdrüsen nicht vergrössert, Gewebe ziemlich hart, leicht livide. Leichte Schwellung der Follikel im Ileum und Pharynx. — Herz und Lungen normal. Hirn anämisch. Ueberreste der Thymusdrüse. —

Dieser Fall liefert wiederum ein Beispiel einer sehr starken Sepsis, eingetreten in Folge ausgedehnter diphtheritischer und gangränöser Prozesse am Genitalapparat, von denen aus, die auf die Uterussubstanz, die ligg. lata und die Eierstöcke sich ausdehnende Entzündung deutlich in ihrem Fortschreiten zu beobachten ist. — Trotzdem blos ein leichter peritonitischer Beschlag auf der hinteren Oberfläche der Gebärmutter,

wo die geringe Ausbreitung der Peritonitis sich erklärt, aus dem nur ein Paar Tage nach der Entbindung erfolgten Tode, zum Theil wegen der eingetretenen Blutinfektion und ihrer Consequenzen, zum Theil wegen der Läsionen, welche bei der Entbindung durch die schon oben gekennzeichnete Art der Kunsthilfe zu Stande gekommen sind. —

Im Uterus zwei Placentarstellen, beide mit diphtheritischen Massen und missfarbigen Blutgerinseln bedeckt.

Fall 55. Fr. geb. H., 37. J. [30./III.] [232.]

Puerpera von 4 Tagen. Klein, mässig gut genährt. — Unterhautfett hellgelb. Muskulatur am Rumpfe trocken, dunkelrothbraun. Mammae sehr schlaff, mit stark geröthetem Gewebe. Milchgänge überfüllt. — Conjugata vera = $9,_5$ Ctm. — $10,_0$ Ctm. — Status puerperalis. — In der Peritonealhöhle ziemlich beträchtliche Menge eines mit weichen, gelben Fibrinflocken gemischten, röthlichen Eiters. — Diphtherie der prolabirten und erodirten hinteren Scheidewand. Die Schleimhaut des Cervix erscheint als gangränöse Wundfläche, mit diphtheritischem Belag; ebenso die Schleimhaut des Uterus ganz diphtheritisch infiltrirt, besonders an den beiden Placentarstellen (die eine oben und hinten, die andere oben und vorn). Uterusmuskulatur sehr dick, blass, schmutzig gefärbt. Die ligg. lata mit sulziger, theilweise schon eitriger Infiltration. Auch beide Ovarien etwas gross; ihr Gewebe stark durchfeuchtet, hämorrhagisch infiltrirt. Im linken Ovarium ganz eitrige Abschnitte. Auch die Schleimhaut der Blase verdickt und ödematös. — Nieren stark parenchymatös getrübt, weniger die Milz, noch weniger die Leber. Retroperitoneale Drüsen nicht vergrössert. Vasa spermatica frei. Herz, Lungen und die Pleuren normal. Geringe Röthung in Larynx und Trachea.

Der Verlauf dieses Falles, dem vorigen in Bezug auf die Zwillingsschwangerschaft und die Aetiologie der puerperalen Erkrankung so ähnlich, unterscheidet sich von ihm insofern, als hier die Blutinfektion geringer zu sein scheint, während, entsprechend der Beschaffenheit der Bauchhöhlenflüssigkeit, die Reizung des Peritoneum eine mehr diffuse, wenn auch noch sehr frische sich zeigt.

Fall 56. Frau Sch., 28 J. [22./I.] [26.]

Puerpera von 4 Tagen. Mässige Abmagerung, schmutzig weisse Hautfarbe. Bauchdecken schlaff. — Status puerperalis. — In der sehr weiten vagina findet sich viel schmutzig graurothe Flüssigkeit, welche aus dem weiten, schlaffen, unregelmässig eingerissenen Muttermund hervorfliesst. Uteruswand derb und dick, blassgrau gelb. Die mittleren und hinteren Schichten der Uteruswand derb eitrig infiltrirt. Aehnliche Infiltration in beiden ligg. lata, sowie in dem Bindegewebe um den Mutterhals und die Vagina herum. Zum grossen Theil sind hier die Venen mit puriformen Massen gefüllt. — Schleimhaut des Cervicalkanals frei, blos ein grosses Nabothsei. Der Uteruskörper ragt über 6 Ctm. oberhalb der Symphyse hervor. Die Uterusschleimhaut stark geröthet, mit einem leicht abstreifbaren, diphtheritischen Belag. Zwei Placentarstellen, an der vorderen und an der hinteren Wand sitzend, erscheinen nur wenig von einander geschieden. Besonders die hintere zeigt eine frische, grünliche Infiltration. Das rechte Ovarium mit einzelnen corpora lutea, gross und weich. Seine Oberfläche mit zahlreichen Narben und

vascularisirten Ecrescenzen. — Rechte Tuba stark venös injicirt. An der Vorderfläche des Uterus zeigt die Serosa einen reichen Fibrinbeschlag. Plexus spermat. dext. stark mit Cruor gefüllt. Das Parietalblatt des Peritoneum, die Serosa der Dünndärme mit starker Injektion der Gefässe. Beide Flächen des Mesenteriums mit zahlreichen vascularisirten Ecrescenzen besetzt. Nirgends frische Exsudation. Leber sehr gross, mit zartem, nur schwer abstreifbarem Fibrinbeschlag. Durchschnitt blassgelblich, mässig trübe. In den Nieren sparsame, miliare Abscesse. Fettkapsel mit frischem Fibrinbeschlag, gleichmässig verdickt. Im Nierenbecken viel graue Flüssigkeit. Pelvis renalis dupl. sin. Milz ausserordentlich vergrössert, Kapsel von schmutzig grünlichem Aussehen, über den unteren Umfang geht ein graurother Streifen, der beim Einschneiden sich als, einestheils in gelbgraurothem, theils in dunkelrothem Zerfall befindlicher Infarct ausweist. Ein zweiter Infarct, tiefer gelegen, derb, dunkelroth, scharf sich absetzend von der Umgebung. Milzparenchym sonst grauroth, ohne deutlich erkennbare Follikel. — Schleimhaut des Magens blass, ebenso im Duodenum; im Jejunum ist sie succulent, mit reichlichem Schleime belegt. Im Ileum leichte Hyperplasie der Follikel. Im Dickdarm bis zum Anus, ebenso in der Blase, ist die Schleimhaut blass. Mesenterialdrüsen nicht vergrössert, grauroth. — In der linken Pleura vermehrte, blassgelbe, feinflockige Flüssigkeit. Auf dem unteren Lappen eine 2 Ctm. lange Ecrescenz. Die entsprechende Lunge zeigt im Unterlappen eine schlaffe graue Hepatisation. Rechts alte Adhaerenzen der Lunge am hinteren Umfang. Endocarditis mitr. et aort. levis.

Das Interesse an diesem Falle ist um so grösser, als wir, neben ausgesprochen diphtheritischer Affektion der Uterusschleimhaut, eine fortschreitende, eitrige Infiltration der Uterussubstanz und des Beckenbindegewebes finden, und als Fortsetzung eine diffuse Peritonitis in den ersten Stadien, welche allerdings auf dem Boden eines älteren Prozesses (vascularisirte Ecrescenzen auf dem Mesenterium, auf dem rechten Ovarium) entstanden, die frischen Injektionen der Darmserosa und am Parietalblatt des Peritoneum geliefert. Frische Exsudation finden wir nur auf der Oberfläche des Uterus (besonders an der vorderen Seite, während merkwürdigerweise von den beiden Placentarstellen, die an der hinteren Wand gelegene, eine mehr gangränöse Infiltration zeigt); ferner auf den Ueberzügen der einzelnen Organe, so der Leber, der Nieren, wo wir die Beschläge in der That mit der Affektion dieser Organe um so mehr in Zusammenhang bringen können, als nicht nur die Parenchyme derselben in Folge der Blutinfektion erkrankt sind, sondern Produkte von Embolieen sich in denselben finden (Milzinfarct, miliare Nieren-Abcesse) im Zusammenhang mit einer beginnenden Metrophlebitis. Letztere, in Verbindung mit der phlegmönösen Entzündung der Umgegend des Uterus und der diffusen Peritonitis, als auch der Sepsis, dürften bei dem heruntergekommenen Individuum den Eintritt des Todes, schon am vierten Tage nach der Entbindung, bedingt haben.

Fall 57. Dorothea H. 27 J. [24./II.] [53.]

Puerpera von 35 Tagen. — Ziemlich dürftig genährt; schmutzig bleiche Haut, spärliches Unterhautfettgewebe, blassröthliche Muskulatur.

Rippenknorpel leicht verknöchert. Leib stark kugelförmig aufgetrieben und zwar ganz besonders durch den stark ausgedehnten Magen. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle findet sich eine seröse, mit Fibrinflocken untermengte Flüssigkeit in geringer Menge, und der Magen, sowie das ganze Colon, die Bauchwand und das Netz sind durch reichliche fibrinöse Massen mit einander verklebt. An der hinteren Commissur der Vagina leicht narbiges Aussehen. — Aus dem os uteri entleert sich etwas röthliche Flüssigkeit. Im Cervicalkanal ein kleiner Eiterpfropf. Schleimhaut des Uterus mit dünnem Schleim bedeckt. An der hinteren Wand der Rest der zurückgebildeten Placentarstelle, als warzige Erhebung. Substanz des Uterus etwas schlaff. Franzen beider Tuben beträchtlich angeschwollen. Die rechte Tuba verdickt, die Schleimhaut geschwellt, enthält ziemlich dünnen Eiter. Auch die Schleimhaut der linken Tuba leicht angeschwollen. Eiterheerd im rechten Lig. lat., anscheinend in den Lymphgefässen. Auch in der rechten Seitenwand des Uterus einzelne Eiterheerde. — Serosa des Uterus und des rechten Ovarium von Fibrinschwarten überzogen. Das rechte Ovarium vergrössert, fluctuirend, im Innern ein haselnussgrosser Abscess. Im linken Ovarium ein kleines, ziemlich zurückgebildetes Corpus lut. und eine haselnussgrosse Cyste. — In den Beckenvenen keine Thromben. Schleimhaut des Darmes blass, ohne Schwellung der Follikel.

Auf dem Boden einer in der Rückbildung begriffenen Lymphangioitis periuterina, nebst ziemlich vorgeschrittener Rückbildung des Uterus, finden wir eine ziemlich intensive Salpingitis, besonders auf der rechten Seite. Mit dieser wird wohl die frische Peritonitis diffusa im Zusammenhang stehen, und zwar vielleicht mit dem Austritt des eitrigen Inhalts aus dem abdominalen Ende der Tuba in die Bauchhöhle. Wir finden allerdings keine direkten Belege dafür, doch dürfte der fibrinöse Beschlag des Uterus und besonders des rechten Ovarium dafür sprechen, da wir ja links auch eine Salpingitis, aber keine Perioophoritis fibrinosa konstatiren können. Allerdings käme bei der Perioophoritis dextra auch die oophoritis apostem. mit in Frage. — Jedenfalls dürfte die Salpingoperitonitis für die Lehre von der Entzündung der serösen Häute einen grossen Werth haben, indem hier der einzige Fall vorliegt, wo ein mit Schleimhaut ausgekleideter Kanal in einen serösen Sack sich fortsetzt, wo wir also die Möglichkeit haben, das Fortschreiten von Prozessen von der Mucosa ist eine seröse Membran zu beobachten. (Vergl. die Bemerkungen über Perit. subserosa).

Dass die Peritonitis besonders Verklebungen des Magens mit Colon, Netz und Bauchwand geliefert, ohne dass von Verklebungen der Dünndärme die Rede wäre, müssten wir etwa auf eine direkte Leitung des Prozesses, von der vorderen Bauchwand durch das Netz, auf Magen und Colon beziehen, welche Rolle das Netz öfters zu spielen scheint, als man anzunehmen pflegt. — Ich halte jedoch die Zahl von Fällen, welche unter den hier betrachteten, ähnliche Befunde ergeben, für zu gering und die Befunde selbst für nicht so ganz einfach, um schon jetzt auf weitere Besprechungen dieser Frage einzugehen.

Fall 58. Bl. 19 J. [4./III.] [209.]

Puerpera von 12 Tagen. — Gut gebaut und genährt, leicht cyanotische Hautfärbung, Unterhautfett hellgelb, trockene, ziemlich dunkelrostbraune Muskulatur. — Status puerperalis. — In der Bauchhöhle eine grosse Menge von eitrigem Exsudat mit fibrinösen Flocken. — Schleimhaut des Uterus blass und mit schleimigen auch blutigem Secret unterlaufen; Placentarstelle vorn oben rechts; Uterussubstanz sehr schlaff opack. — Im rechten Lig. lat. sulzige, zum Theil eitrige Infiltration. Rechtes Ovarium in eine mit schmieriger Masse gefüllte Abscesshöhle verwandelt. Rechte Tuba stark dilatirt mit missfarbenem Eiter gefüllt. Endocarditis mitralis verrucosa levis. Hepatitis parench. Hyperplasia lienis subacuta. Nephritis parench. Cicatrices et Emboli ren. dextr.

Die Beschaffenheit der Bauchhöhlenflüssigkeit dürfte für eine ganz frische diffuse Reizung des Peritoneum sprechen. Während die Prozesse auf der Uterusschleimhaut höchstens eine Steigerung eines sehr milden Verlaufes zeigen, dürften die Veränderungen der Uterussubstanz, sowie des Bindegewebes auf der rechten Seite des Geburtskanals, als ziemlich beträchtlich bezeichnet werden. Ob die peritonitische diffuse Reizung auch hier mit der Salpingitis supp. dextr. und mit der entsprechenden Oophoritis in Zusammenhang, muss dahingestellt bleiben. — Diphtheritis nicht mehr nachweisbar, dagegen parenchymatöse Trübungen der Organe und endocarditis mitralis verrucosa levis.

Fall 59. Marie M. 19 J. [10./III.] [74.]

Puerpera von 4 Wochen. — Gut gebaut und genährt. Blassgelbe Haut. Am Abdomen und Oberschenkel zahlreiche, dichtstehende rothe punktförmige Flecke, die sich nicht wegdrücken lassen (Petechien). Muskulatur dunkelroth. Unterhautfett hellgelb. — Status puerperalis. — Die serösen Höhlen leer. — Rechts vom Uterus eine frische fibrinöse Verklebung zwischen der etwas nach hinten gebogenen Tuba und der hinteren Wand des Uterus. Innerhalb dieser fibrinösen Schichten liegt das Ovarium, etwas gross mit feuchtem Stroma. Mesenterialdrüsen ein wenig vergrössert, ihr Gewebe grauröthlich, ziemlich fest. — Schleimhaut des Uterus wulstig, dunkelroth, Placentarstelle hinten und oben. In den Fauces die Ueberreste einer eitrigen Angina. Hepatit. parenchymat. Hyperplasia subacuta lienis. Nephritis. Ulcera follicularia intestini. Peribronchitis chronica. —

Dieser Fall ist insofern interessant, als wir neben frischen parenchymatösen Veränderungen der Organe in der Bauchhöhle und zahlreichen Petechien der Haut, welche auf eine sehr intensive Infektion des Blutes hinweisen, blos ganz circumscripte fibrinöse Verklebungen im perimetritischen Theil des Peritoneum antreffen. Es entspricht letzteren aber auch der ziemlich normale Befund des in der Involution begriffenen Uterus, wo die Ursache der rechtseitigen Perimetritis und Perioophoritis ein leichter Catarrh der rechten Tuba sein dürfte. — Die Infektion des Blutes ist aber von einer ganz anderen Region des Organismus, als den Genitalien ausgegangen (wahrscheinlich mit der Angina in Zusammenhang); sie mag aber auch das letale Ende bedingt haben. —

Fall 60. Nathalie W., Handarbeiterin, 35 J. [14./IV.] [127.]

Puerpera von 18 Tagen. — Gut gebaut, gross, ziemlich gut genährt. Unterhautfett hellgelb, blassrothe Muskulatur. — Status puerperalis. — Därme stark mit Luft ausgedehnt. Peritonealhöhle leer. Im Douglas'schen Raum ganz leichte fibrinöse Verklebungen zwischen hinterer Uteruswand und Rectum. Placentarstelle mit diphtheritischen Auflagerungen, ebenso die Schleimhaut an der gegenüberliegenden vorderen Wand der Uterushöhle diphtheritisch infiltrirt; sonst starke Auflockerung, Wulstung und Verwundung derselben, mit mehrfachen Hämorrhagieen, zu constatiren. — Die Lymphgefässe der hinteren Wand, besonders an dem der Placentarstelle entsprechenden Abschnitt, mit rahmigem Eiter gefüllt; desgleichen im Lig. latum dextr. und im rechten Eierstock. — Starke parenchymatöse Trübung der Organe in der Bauchhöhle. Tumor renis dextr. Herzfleisch schlaff, blass grauviolett. Vv. spermaticae frei. Pachymeningitis interna subacuta. Pneumon. lobul. et Bronchit.

Wiederum ein fast negativer Befund der Bauchhöhle, neben Diphtherie der Placentarstelle und — was bemerkenswerth — auch diphtheritischer Infiltration der gegenüberliegenden, vorderen Wand. — Die Lymphangioitis perituterina hat wiederum ihre Ausbreitung nach der rechten Beckenseite zu genommen. Tod in Folge der intensiven parenchymatösen Veränderungen der Organe der Bauchhöhle und des Herzens; aber auch die Pachymeningitis interna mit in Betracht zu ziehen.

Fall 61. Sch. geb. K. [6./II.] [180.]

Ganz ausserordentlich starke Abmagerung. Acussere Haut und sichtbare Schleimhäute durchaus blass. — Involutio puerper. uteri. Pleuritis sin. — In der Bauchhöhle stösst man auf vielfache vaskularisirte Verwachsungen, besonders zwischen Uterus, grossem Netz und einigen Dünndarmschlingen, die im grossen Becken gelegen sind. Genitalien im Zustand regelrechter puerperaler Involution; an der Commissura vagin. post. ein Narbenfleck. Schleimhaut und Muskulatur des Uterus fettig, letztere stark gelb gefärbt. — Während die Entzündung der linken Pleura den Charakter eines schon längere Zeit bestehenden Prozesses trägt, zeigt die Pericardiumhöhle blosse Ueberreste einer entzündlichen Affektion. Carnificatio pulm. sin. Hepatitis interst. Inflammatio hämorrhagica glandul. supraren. dextr. et inflamm. supp. gland. supraren. sin. — Herzmuskel leicht atrophisch. — Nieren sehr blass, ebenso die Schleimhaut im ganzen Darmkanal.

Obiger Befund scheint uns den Fall eines diffusen peritonitischen Prozesses zu ergeben, deutlich in Zusammenhang mit einer Puerperalaffektion des Genitalapparats, wo die genannte Affektion, augenblicklich, einer regelmässigen Involution der Genitalien Platz gemacht hat. — Das Individuum ist trotz des Fortschreitens der Peritonitis auf Pleura und Pericardium (wie es scheint), dennoch mit dem Leben davongekommen. Die ausserordentliche Abmagerung, sowie die starke Anämie geben jedoch ein genügendes Zeugniss für die Schwere der zum Theil überstandenen Prozesse. Während nämlich der Zustand des Peritoneum, sowie der des Pericardium für jetzt als nur chronisch bezeichnet werden müssen, ist die entzündliche Affektion der Pleura durchaus noch nicht erloschen. —

Indem so letztere zur Steigerung der bestehenden Cachexie immer mehr beigetragen, wird wohl der frischere und ziemlich heftige Entzündungsprozess an den Nebennieren den tödtlichen Ausgang beschleunigt und auch herbeigeführt haben.

Fall 62. W. geb. Gr. [22./IV.] [263.]

Puerpera. — Gut gebaut, allgemeines Oedem, besonders der unteren Extremitäten, schlaffes Unterhautfett, Mammae gut entwickelt, prall. — Status puerperalis. Pneumonia. — An der hinteren Commissur der Vagina ein heilender Einriss. Starkes Oedem der Nymphen. In der Portio vaginalis viel zäher Schleim. Uterusschleimhaut glatt. Beckenvenen meist comprimirt, mit Thromben gefüllt, ebenso die Uterusvenen. In einzelnen derselben an der vorderen rechten Uteruswand grünlicher Eiter. Das rechte Lig. ovarii eitrig infiltrirt. Ligg. lata zeigen keine Infiltration. — Im linken Eierstoek ein grosses Corpus luteum verum. — Im Abdomen eine geringe Menge einer klaren, gelblichen Flüssigkeit. — Pneumon. lobul. sin. inf. Oedema pulm. Hepar moschatum. Nephritis interst. Hypertrophia ventr. sin. cord. levis.

Der Mangel aller peritonitischen Erscheinungen wohl übereinstimmend mit dem Mangel entzündlicher Prozesse an den Genitalien. Nur die Infiltration des rechten Lig. Ovarii bemerkenswerth. Dagegen der Befund von grünlichem Eiter (wohl richtiger eine eiterähnlichen Flüssigkeit) in den Venen der vorderen, rechten Uteruswand, dürfte nicht sogleich die Annahme einer Metrophlebitis rechtfertigen. — Das Oedem der Nymphen zum Theil mit dem heilenden Geschwür an der hinteren Commissur der Vagina in Zusammenhang; zum Theil wohl auf Rechnung des allgemeinen Oedem's, das besonders an den unteren Extremitäten entwickelt ist, zu bringen. Dieses Oedem, sowie der sehr geringfügige Ascites. dürften neben den Veränderungen des Herzens auf die Nephritis interst. zu beziehen sein. Tod als Folge der linksseitigen pneumonischen Infiltration des unteren Lungenlappens.

Fall 63. Bertha W. [4./VII.] [384.]

Mässig entwickelt, atrophisches Fettpolster, strohgelbe, blasse Haut, schmutzigbraune Muskulatur. — Tuberculosis. — Das grosse Netz adhärent an der Bauchwand, ebenso locker verklebt mit den Därmen, welche auch unter einander lose Verklebungen zeigen. Am perit. parietale und visc., in der ganzen Ausdehnung, ausserordentlich dichtstehende, stecknadelkopfgrosse Tuberkel, besonders an der Curvatura minor ventriculi und den Falten des Netzes, noch dichter an der abdominalen Seite des Zwerchfells. — Milzüberzug zum Theil mit faserstoffigen Ecrescenzen, auf der unteren Fläche mit grauen Knötchen. Auf der Oberfläche der Nierenkapsel sparsame Tuberkel, ebenso auf der Serosa der Leber. Auf dem Mesenterium und der Darmserosa ausserordentlich dicht gedrängte graue Knötchen. — Der Douglas'sche Raum verwandelt in eine Eiterhöhle, mit vollständig ausgebildeter, stark injicirter Membran ausgekleidet, in der man, bei genauerem Zusehen, weissliche, miliare Knötchen bemerkt. Tubercula hepat., lienis, renum. Oophoritis et Salpingitis chron. fibrosa. Vaginitis granulosa, Cicatrices vaginae. Arachnitis tuberc. Oedema pulmonum. Pleuritis adhaesiva dupl. Keine Tuberkel in der Lunge.

Wir notiren diesen Fall wegen des abgekapselten parametritischen Abscesses im Douglas'schen Raum, der bei seinem längeren Bestand sich mit diffuser Tuberkulose des Bauchfells und der von demselben überzogenen Organe vergesellschaftet hat. — Gleichzeitige diffuse Verklebungen der Darmserosa, auch mit dem Netz. Keine Tuberkulose der Pleura, noch der Lungen.

Fall 64. Johanna Kn. [7. XII.] [588.]

Mässig gut genährt. — Involutio uteri puerp. Eclampsia. Im hinteren Douglas'schen Raum finden sich zahlreiche, lebhaft geröthete, theils knötchenartige, theils warzenförmige, theils polypöse Auflagerungen, die sich bis auf die vordere Wand des Mastdarmes zu den breiten Mutterbändern und den Eierstöcken erstrecken. Schleimhaut des Cervix, sowie des Corpus uteri stark aufgelockert und mit fetzig blutigen Massen bedeckt, die fest in die Wand verfilzt sind. Eierstöcke zeigen derbes Gewebe, worin mehrfache, bis erbsengrosse cystische Bildungen. Im rechten Eierstock ein Corpus lut. verum. — Induratio mamm. Enteritis catarrh. Nephritis parenchymat. duplex. Dilat. ventr. dextr. et hypertrophia ventric. sin. cord. Hepar moschat. Oedema pulmonum. Oedema piae matris et cerebri.

Diesen Fall führen wir noch an, weil er uns ein charakterisches Bild liefert für eine subacut verlaufene, und in's chronische Stadium übergehende Perimetritis, wie sie ja häufig gutartige Entzündungsprozesse auch des nicht puerperalen Uterus begleitet. In unserem Falle allerdings haben wir mit einer puerperalen Involution der Geschlechtsorgane zu thun, ohne jedoch, dass sich hierbei heftigere Entzündungen an der Gebärmutter oder ihrer Umgebung nachweisen liessen. — Der Tod ist erfolgt in Folge der sogenannten Eclampsie, für deren Aetiologie uns eine anscheinend schon einige Zeit bestehende beiderseitige Nephritis (Veränderungen des Herzens auf längeren Bestand deutend), als auch ein frischeres Oedem des Gehirns und seiner Häute vorliegen.

Treu den Anschauungen, welche wir aus der Betrachtung der vorher besprochenen Fälle gewonnen, wollen wir versuchen, ob und in welcher Weise die schärfere Charakterisirung der Peritonitis diffusa im Gegensatz zur Peritonitis circumscripta, auch auf die in dem vorliegenden Abschnitt zusammengestellten, meist puerperale Affektionen umfassenden Befunde sich übertragen lässt. (Fall 38—64.)

So hätten wir zunächst eine diffuse Affektion des Bauchfells in 16 Fällen zu notiren (Fälle 38; 41—50; 55—58 und 61); freilich erscheint dieselbe nicht überall unter gleichem Bilde, worauf wir noch weiter eingehen werden. — Vor Allem finden wir, was die Aetiologie der Peritonitis diffusa anlangt, dass sie einmal in Zusammenhang sich zeigt mit direkter Perforation eines phlegmonösen Abscesses in die Bauchhöhle, ausgehend von einer Lymphangiotis perituterina et uterina (Fall 41). In einem zweiten Befunde stossen

wir auf einen diphtheritischen Heerd innerhalb der Bauchhöhle, indem die Diphtheritis des Geburtskanals sich auf den Ueberzug des rechten Eierstocks fortgesetzt hatte (Fall 38). In der Mehrzahl der übrigen Fälle haben wir als Ausgangspunkt: theils Diphtherie der Placentarstelle zu verzeichnen (Fälle 42, 43, 46, 49, 55, 56), theils verhaltene, und in Zersetzung begriffene Placenten (Fall 47), oder Placentenreste (Fälle 44, 49, 50), theils auch zurückgebliebene, und ähnlichen Veränderungen unterworfene Eihautpartikel (Fall 43). — In zwei Fällen, welche dem Befund des perforirenden lymphangioitischen Abscesses (Fall 41) anzuschliessen wären, scheint es sich um den Verlauf einer Salpingoperitonitis zu handeln (Fall 57 und 58), wie sie von Buhl*) und Förster**) zuerst bestimmter gewürdigt worden. — Hieran würde sich ein Fall anreihen lassen, wo wir diffuse Peritonitis neben starker Blutinfektion finden, gleichzeitig mit sehr beträchtlichem Hydrops tub. duplex (Fall 48), bei einem syphilitischen Individuum, ohne puerperale Affektionen. Es ist möglich, da sonst kein Ausgangspunkt für die Bauchfellentzündung vorliegt, dass sie mit einer übersehenen, weil erst beginnenden Ruptur eines der hydropischen Eileitersäcke zusammenhängt.***) — In einem Falle endlich (Fall 61) haben wir nur noch mit Ueberresten einer diffusen Bauchfellentzündung zu thun, wo die ursprüngliche Affektion des Genitalapparats der regelmässigen Involution gewichen.

Betrachten wir nun die Erscheinungsweise der diffusen Peritonitis, wie sie uns in den meist puerperalen Fällen entgegentritt, so wird uns gar bald klar, dass wir den bisher beobachteten Verlauf nicht ganz in derselben Weise wiederfinden, wenigstens nicht in allen Fällen. — Eine grosse Zahl derselben zeigt uns allerdings jene Auflagerungen, Exsudationen und Verklebungen, wie wir sie bisher angetroffen (Fälle 41. 42. 44. 46—49 und 57); in Fall 56 constatiren wir eine frische Injection der Serosa, wie sie wohl einem der Anfangstadien der Peritonitis diffusa entsprechen dürfte. Dagegen müssen wir eine, wenn auch kleine Gruppe von Befunden zusammenstellen (Fälle 43. 50. 55. 58), in denen die Serosa scheinbar unverändert erscheint für die makroskopische Inspektion, und

*) Buhl, Henle's u. s. w. Zeitschrift für rat. Med. chir. Folge. Band VIII. pag. 106.

**) A. Förster, Wiener med. Wochenschrift, No. 44 u. 45. 1859, vergl. H. v. Dessauer, Peritonitis in Folge purulenter Entz. der Eileiter u. s. w. Monatsschritt für Geburtskunde. Jan. 1866.

auch:

E. Wagner, Monatsschrift für Geburtskunde. Dec. 1859.

***) Siehe auch: Veit, Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane p. 458. (Virchow's Handb. der speciellen Path. und Therapie.)

ferner:

Simpson, On dropsy and other diseases of etc. Med. tim. and gaz. June and July 1860.

wo nur im Cavum abdom. eine Ansammlung von ziemlich reichlicher, etwas dünner, eitriger, manchmal röthlich gefärbter (Fälle 43, 55) Flüssigkeit, untermischt mit fibrinösen Flocken, angetroffen wird. — Es ist wichtig, diesen Charakter gewisser Befunde von puerperaler Peritonitis zu kennen, auf welcher Hodgkin*) mit vielem Nachdruck aufmerksam gemacht hat, um sich vor Irrthümern in der Beurtheilung eines entsprechenden Falles zu schützen. Nach Hodgkin dürfte der gekennzeichnete Verlauf nicht nur im Gefolge von Puerperalaffektionen vorkommen, sondern auch bei Peritonitiden sich finden, die zu Erkrankungen der Blase und des Mastdarmes hinzutreten. — In Bezug auf ihren klinischen Verlauf sollen diese Fälle durch den fast latenten Charakter sich auszeichnen, wo der Grad des vorhandenen Schmerzes durchaus nicht der Ausbreitung des Prozesses entspricht. — Dass Uebergänge der eben besprochenen Form von peritonitis diff. zu der gewöhnlichen mannigfaltig existiren, ist keine Frage (Fall 38). Hier aber dürfte es angemessen sein, den Befund von Auflagerungen auf das Peritoneum, von blossen Niederschlägen fibrinöser Flocken auf dasselbe, zu sondern, wofür uns Fall 50 als Beispiel dienen dürfte. —

Indem wir nur vorübergehend auf einen Fall von peritonitis subserosa diff. im Gefolge einer puerperalen Affektion (Fall 45, vergleiche die Fälle 23—26), und einen Fall von secundärer peritonitis subserosa circumscripta im Becken (Parametritis supp.) mit peritonitischen Verklebungen und dem Ausgang von einer metritis supp. (Fall 40) aufmerksam machen, gehen wir zu einer weiteren Gruppe von Fällen über (Fälle 40, 51—54 und 60), deren Kritik als der schwierigste Theil der an sich schon ziemlich erschwerten Betrachtungen gelten muss, die wir den Entzündungen des Bauchfells, wie sie von den weiblichen Genitalien ausgehen, zu widmen haben. — Nachdem es uns möglich gewesen, in den bisher angeführten Fällen von diffuser Peritonitis, als ursächliche Momente, theils infectiöse Entzündungsvorgänge, theils Zersetzungsprozesse an den Genitalien festzustellen, treten uns in den jetzt abzuhandelnden Befunden allerdings dieselben primären Ausgangsheerde für diffuse Bauchfellentzündung entgegen — allein wir treffen daneben entweder ganz circumscripte Exsudationen in der nächsten Umgebung der Genitalien (Fall 51, 52, 53, 54), vielleicht auch einzelne Verklebungen mit den angrenzenden Bauchfellflächen (Fall 51, 53, 60), oder nur geringe Ansammlungen von mehr flüssigen Exsudatmassen. — Diese Befunde könnten auf den ersten Blick, trotz ihrer geringen Zahl, doch geeignet erscheinen, um unsere Erfahrungen über die Aetiologie der Peritonitis diffusa zu erschüttern. — Allein gerade die Lösung des scheinbaren Widerspruches soll unsere Betrachtungen am Besten vor dem Schein der Einseitigkeit und der vorgefassten Meinung sichern. Gerade hier müssen wir an Stelle

*) Hodgkin, The morbid anat. u. s. f. Vol. I. p. 47 und bss. p. 151.

des einfachen Konstatirens vorliegender Thatsachen, die genetische Entwicklung in ihr Recht treten lassen, indem wir gleichzeitig den zweiten Faktor, der uns zum Theil zu unseren Sektionsberichten verholfen, auch entsprechend in Rechnung ziehen, nämlich die Blutinfektion. — Schon bei Besprechung von Fällen aus dem vorigen Abschnitt, hatten wir Gelegenheit, auf diese eigenthümlichen Befunde einer intensiven Blutinfektion, neben nur geringen peritonitischen Erscheinungen aufmerksam zu machen. — Es handelt sich hier aber nicht darum, dass etwa die inficirenden Substanzen verschiedene Wege einschlagen könnten, und dass so einmal Peritonitis entstehe, das andere Mal nicht. Wir glauben vielmehr, dass es hier theils auf die Extensität, theils auf die Intensität der primären Prozesse ankommt, wo dann die Prozesse, je nachdem, eine stärkere oder schwächere Infektion des Blutes setzen werden. Welchen Einfluss aber die Blutinfektion, theils auf die einzelnen Gewebe des Körpers, theils auf die Möglichkeit der ferneren Existenz des Individuums, als solchen, ausübt, dies dürfte in hohem Maasse theils von der Beschaffenheit der einzelnen Organe vor der Affektion, theils von dem Zustand der Konstitution im Allgemeinen abhängig sein. — Doch gerade der letztere Umstand erlaubt uns nicht, spezieller auf dieses Thema einzugehen. Die Dauer des Infektionsstadiums, der Anfang und das Fortschreiten einer peritonitis diffusa puerperalis, der Einfluss der Blutinfektion, in deren allmäliger Steigerung, auf das Leben des Organismus — dies sind Fragen, die sich nur dann aus Sektionsberichten entwickeln lassen, wenn uns der klinische Verlauf des betreffenden Falles, mit allen seinen wissenschaftlich geordneten Einzelnheiten, vorliegt. — So interessant es wäre die Schnelligkeit, mit der eine Perforationsperitonitis sich ausbreitet, zu vergleichen mit dem langsameren, oft absatzweisen Fortkriechen der puerperalen (diphtheritischen, ichorösen) Peritonitis, so müssen wir auch hierauf aus den oben angegebenen Gründen verzichten. Interessant wäre auch der Vergleich der primären Infektionsheerde, nach ihrer Grösse und ihren inficirenden Eigenschaften, mit den Befunden der bei der Blutinfektion*) am häufigsten afficirten Organe (Milz, Lymphdrüsen, Darm, Nieren, Leber, Herz) mit Rücksicht auf unsere Fälle. Dass hier die Ausdehnung, z. B. der Diphtherie auf einen grösseren oder kleineren Abschnitt des Geburtskanals (Fall 54), dass das Vorhandensein von zwei Placentarstellen, (welche ja am stärksten von der Diphtherie afficirt zu sein pflegen), bei Gegenwart infektiöser Prozesse, schon auf mechanischem Wege, eine schon quantitativ grössere Zufuhr inficirender Säfte zum Blute bedingen werden, sind Betrachtungen, die gewiss im Voraus sich rechtfertigen lassen.

Ebenso lohnte es sich zu konstatiren, in wie viel Fällen die Entzündung,

*) Siehe: Virchow, gesamm. Abhandl. p. 636 (Embolie und Infektion, bes. pp. 659. 691, 695, 697, 701—703 und 778).

von den Geburtswegen ausgehend, sich bloss auf die eine oder die andere Beckenhälfte ausgedehnt, und so zur Peritonitis und zur Blutinfektion geführt. — Möglicherweise würde sich bei einer grösseren Zusammenstellung die Bevorzugung der oder jener Uterushälfte — vielleicht dem Sitz der Placenta in der Gebärmutter entsprechend — ergeben. Endlich müssen wir auch hier die Bemerkung anfügen, die wir bereits bei Fall 38 notirt haben, und deren Bestätigung uns in den folgenden Fällen noch öfters möglich wurde (Fälle 38. 41, 44, 46). Es handelt sich um das Vorhandensein von scheinbar intacten Abschnitten des Geburtskanals, während wir oberhalb und unterhalb derselben, diphtheritische Belege finden. Inwiefern dieses Faktum, welches ich zufällig auch von Pr. Maier*) besprochen finde, mit den Läsionen der Geburtswege (siehe Fall 17, das Verhalten, der Diphtherie gegen künstliche Gewebsquerschnitte; voriger Abschnitt) oder mit der Beschaffenheit und der Art der Verbreitung der inficirenden Substanzen zusammenhängt, mag dahingestellt bleiben. —

Ich habe einige von den interessanteren Fragen, die sich an unsere Betrachtungen knüpfen, nur leichthin berührt, weil ihre genauere Besprechung mehr in das Gebiet der Erkrankungen der puerperalen Genitalien,**) theils auch in die Lehre von Septicämie, Ichorrhaemie und Diphtheritis gehört; ebenso sehen wir ab von dem Thema über die Quellen der lokalen Infektion,***) welches zwar für unsere Zwecke höchst wichtig, ja vielleicht praktisch von entscheidender Bedeutung werden wird, dennoch über die engeren Grenzen der vorliegenden Arbeit hinausgehen würde. —

Zum Schluss dieses Abschnittes sind einzelne Fälle angeführt, in denen der Tod durch Affektion vom Genitalapparat entfernterer Organe stattgefunden (Fall 59, 62, auch Fall 39) und wo wir nur circumscripte Entzündungen des serösen Ueberzugs der Genitalien finden, entsprechend leichten Reizungen der letzteren, ohne jede nachweisbare Infektionsursachen. — Der Fall 64, anschliessend an Fall 56 und 16, ergänzt jenes Bild der chronischen Peritonitis, wo wir zahlreiche, verschieden angeordnete, verrucöse Ecrescenzen auf den Blättern der Serosa antreffen, und zwar je nachdem auf den verschiedenen Abschnitten des Peritoneum.†)

*) Rudolf Maier, Pathalog. anatom. Notizen zum Puerperalfieber. Virchow's Arch. Bd. 29, p. 532, 540.

**) Vergleiche: Virchow, gesamm. Abh. p. 702 (Erysipelas malignum puerperale internum), ferner p. 779 (die Mittheilungen über die Puerperalfieber-Epidemie von 1846—1847).

Derselbe, Ueber puerperale diffuse Metritis und Parametritis. Sein Arch. Bd. 2[illegible], p. 415.

***) Vergleiche: Veit, Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, (Virchow's Handbuch der spec. Path. und Therapie) p. 672—705.

†) Hodgkin, The morbid anat. etc. Vol. I. p. 159.

Fassen wir diejenigen Erfahrungen, welche wir aus der Zusammenstellung der hier verzeichneten Fälle gewonnen, so glauben wir dieselben in folgenden Sätzen formuliren zu müssen:

1. Die Peritonitis diffusa ist wegen ihrer Aetiologie, ihres Verlaufes, ihrer Ausbreitung und ihrer Prognose, ein von der Peritonitis circumscripta durchaus zu sondernder Prozess.

2. Die Peritonitis diffusa entsteht unter Einwirkung von Zersetzungsprodukten, welche, an sich oder gleichzeitig, auch eine Infektion der Blutmasse zu bedingen im Stande sind. —

Es sind diese Zersetzungsprodukte diejenigen Stoffe, welche theils in Fäulniss- und Jaucheheerden, theils in Entzündungsheerden diphtheritischer, erysipelatöser, phlegmonöser Art u. s. f. entstehen. —

Der Einfluss dieser Stoffe geschieht, entweder von der freien, oder von der an die Bauchwandungen angehefteten Seite der Serosa aus, wobei letztere als Ganzes, oder in ihren einzelnen Abschnitten nach einander — aber stets in Continuität — afficirt wird.

Wir möchten hiernach folgende Formen der Peritonitis diffusa unterscheiden:

a. Peritonitis diffusa ex perforatione (s. perforativa) seuseptica. — Direktes Hineingelangen der Zersetzungsstoffe durch makroskopische Oeffnungen in's cavum abdominis. —

b. Peritonitis diffusa ichorosa, ausgehend von diphteritischen, erysipelatösen, phlegmonösen u. s. f. Entzündungsheerden der Umgebung der Bauchhöhle.

— Dem Verlaufe nach müsste man hier wiederum unterscheiden:

Peritonitis diffusa diphtheritica, erysipelatosa, phlegmonodes (subserosa), lymphangioides. Doch käme hier noch diejenige Schicht der Serosa in Frage, welche als hauptsächlich afficirt erscheint bei den verschiedenen Arten der Bauchfellentzündung; und die genauere Prüfung dieses Gegenstandes dürfte vielleicht eine mehr einheitliche Bezeichnung für die verschiedenen Prozesse ergeben.

3. Die Peritonitis circumscripta ist ein Entzündungsvorgang, welcher durch lokale Reize entsteht, und stets auf das dem Reizungsheerd entsprechende Gebiet der Serosa beschränkt bleibt.

Unter lokalem Reiz ist jede Entzündungsursache zu verstehen, welche weder an sich, noch durch die von ihr hervorgerufene Entzündung, das Freiwerden inficirender Stoffe bedingt.

Die Peritonitis circumscripta verläuft, im Gegensatz zu der meist acuten diffusen Peritonitis, mehr subacut oder chronisch. —

Die subacute Form liefert theils Auflagerungen auf die Serosa (Pe. circumscrit. exsudativa) theils in das cavum abdom. frei hineingelangende Produkte, meist eitrigfibrinöser Natur (Perit. circumscr. suppurativa).

Die chronische Form, zum Theil aus der vorigen hervorgehend, liefert jene Verdickungen, Ecrescenzen, Adhäsionen (P. indurativa, verrucosa, adhäsiva), wie sie genugsam konstatirt sind.

Noch so manche Frage wird Diesem oder Jenem bei Prüfung unserer Fälle aufkommen, noch so manche wichtige Frage wäre zu besprechen

in Betreff unseres Gegenstandes. Ich halte es aber nicht für gerathen, schon jetzt und an dieser Stelle darauf Rücksicht zu nehmen, wohl erkennend die Einseitigkeit meines Materials und die seiner Bearbeitung. — Einseitig aber ist diese Arbeit geworden — theils in Bezug auf die Zahlenstatistik, theils wegen mangelnder Besprechung des klinischen Verlaufes, theils in Betreff der Literatur. —

Dass ich an Stelle der Zahlenstatistik die Individualstatistik, ja zum Theil die Statistik der einzelnen Vorgänge gesetzt habe, braucht, hoffe ich, keiner weiteren Entschuldigung. Da, wo es sich um genauere Präcisirung gewisser Begriffe handelte, wie konnte ich auf dem Wege grösserer Zahlenzusammenstellungen es zu erreichen versuchen, wo ich das gesuchte X als einen allerdings fertigen, aber unbestimmten Begriff hätte mit in Rechnung ziehen müssen. — Eine Zahlenstatistik wird hier erst möglich, wenn es für werth befunden werden sollte, theils schon bestehende Sektionsprotokolle im Sinne der hier angeregten Fragen zu prüfen, theils am Sektionstisch selbst, die Befunde von den vorgeschlagenen Gesichtspunkten aus, zu betrachten.

In Betreff der klinischen Daten bedauere ich, dieselben in so geringem Maasse haben verwerthen zu können. Allein ich kann nicht verkennen, dass die Bearbeitung obiger Fälle hierdurch eine viel weitläufigere und complicirte geworden wäre. — Dennoch giebt es Fragen von grösster Wichtigkeit, wie der Eintritt der örtlichen Infektion mit Rücksicht auf die Dauer der Fortpflanzung und den Beginn der Peritonitis diffusa, wie die Frage nach der Tödtlichkeit der verschiedenen Peritonitisformen, die wir ohne die aufrichtige Theilnahme des Klinikers nie werden beantworten können. Hier giebt die strenge wissenschaftliche Beobachtung des Krankheitsverlaufes, mit Zuhilfenahme aller Untersuchungsmethoden, die einzige Möglichkeit, die Angelegenheit in's Klare zu bringen. Uns liegt das Produkt gewisser Naturvorgänge vor; wieviel zu ihrer Gestaltung die Hand des Operateurs, die Nachbehandlung beigetragen, das hoffen wir von den wirklichen Freunden der Wissenschaft unumwunden zu erfahren.

Der dritte Punkt, auf den ich noch zurückkommen muss, das ist die Literatur. — Ich habe mich hier nur auf wenige Notizen beschränkt; ich will aber auch gestehen, dass mir die Zeit gemangelt hat, den Riesenumfang der hier einschlägigen Literatur vollständig zu bemeistern, oder selbst nur alle die betreffenden Arbeiten im Original zu studiren. — Auf der anderen Seite ist die Peritonitisfrage so eng mit der Geschichte der Entzündungslehre überhaupt, sodann aber auch mit der Lehre von der Infektion verknüpft, dass, wenn auch ein geschichtlicher Ueberblick unseres Themas gewiss manche guten Ergebnisse liefern würde, die Grenzen unserer Arbeit das Eingehen auf diesen Gegenstand nicht erlaubten. — Dagegen, glaube ich, werden für die Lehre von der Infektion die Arbeiten von Prof. Virchow über Embolie und Infektion

(seine gesamm. Abhandlungen), sowie die neuere Arbeit von Pr. Hüter „über die septikaemischen und pyaemischen Fieber“ (Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie von v. Pitha und Billroth) Jedem eine reichliche Auslese zu weiteren, selbstständigen, Quellenstudien bieten.

Die vorliegende Arbeit, sowie ihre Ergebnisse, sollen nur als ein Versuch angesehen werden zur Anregung einer für die gesammte Medizin essentiellen Frage. — Weitere Forschungen müssen den hier vorliegenden Resultaten eine breitere Basis gewinnen, ihre Haltbarkeit oder Unhaltbarkeit nachweisen. — Allein dann erst werden wir die hierher gehörenden Fragen als gelöst betrachten können, wenn sie durch das controllirende Experiment ihre wissenschaftliche Berechtigung erhalten haben werden.

Seitdem die Retortenphysiologie, mit Spirituslampe und Wage, der vergleichenden Beobachtung der physiologischen Funktionen an lebenden Geschöpfen gewichen, seitdem haben die Experimente an Thieren ihre wichtige Rolle in der Wissenschaft behauptet. Doch erst jetzt, wo das Abschlachtexperiment, der klinischen Beobachtung der Versuchsthiere anfängt den Platz zu räumen, jetzt wird es auch möglich an die Lösung solcher Fragen zu gehen, wie die uns beschäftigende. So lange die Unzulänglichkeit der Operationsinstrumente und Operationsmethoden, sowie die grössere oder geringere Geschicklichkeit bei deren Ausführung, nicht in Rechnung gezogen werden, so lange der Verlauf eines Krankheitsprozesses bei dem Versuchsthier von dem Auskehrbesen eines Laboratorium-Dieners abhängig bleibt, so lange werden wir den Vorwurf, dass Resultate, die an Thieren gewonnen sind, sich nicht auf den Menschen übertragen lassen, nicht zurückweisen können. — Versetzen wir aber die Versuchsthiere in entsprechender Weise in die Verhältnisse, in welchen sich die Patienten auf einer streng humanistisch und wissenschaftlich geleiteten Klinik befinden, dann hoffe ich, wird die Wissenschaft unseres Jahrhunderts, welche sich rühmt, durch die vergleichende Methode so grosse Triumphe erzielt zu haben, der vergleichenden Pathologie den Rang nicht versagen, der ihr unter den medicinischen Disciplinen gebührt. —

Möge es daher dem klinischen Experiment gelingen, den an dasselbe gestellten Anforderungen zu genügen. Möge es ihm gelingen, durch Begründung fester Normen, dem Muthigen bei seinen operativen Eingriffen als Richtschnur zu dienen, aber auch dem minder Kühnen das Messer in die Hand zu drücken, da wo es sich um Rettung eines Menschenlebens, oder um Linderung eines unerträglichen Daseins handelt. —

THESEN.

Das in dem Lungengewebe und in den Bronchialdrüsen sich vorfindende Pigment, das sogenannte Lungenpigment, ist in der Hauptmasse von aussen her, mit der Inspirationsluft eingeführtes und in den Geweben abgelagertes Material.

Die heilende Wirkung der Jodlösungen, bei deren Einspritzung in Synovialsäcke und seröse Höhlen, beruht in der Regel auf Gewebsnekrose, und nicht auf Erzeugung adhäsiver Prozesse.

Die oft so grossen Schmerzen bei den Entzündungen des Bauchfells beruhen nicht auf direkter Empfindlichkeit des Bauchfells, sondern, indem jeder Reiz, also auch der entzündliche, krampfhafte Contractionen der glatten Muskelfasern des Darmes auslöst (wahrscheinlich chlonische Krämpfe), entsteht die Empfindung des Schmerzes, wie bei der sogenannten Darmkolik.

Der Verfasser, geboren in Warschau am 28. Juli 1846, katholischer Religion, genoss den ersten Unterricht im elterlichen Hause, sodann ein Jahr lang in dem Realgymnasium seiner Vaterstadt. Im Jahre 1860 begab er sich nach Dresden, um dort seine Schulbildung zu beenden, und bezog im Jahre 1864 die Berliner Universität. In die philosophische Fakultät inscribirt, besuchte er die Vorlesungen folgender Herren: Boeckh, du Bois-Reymond, Droysen, Hotho, Kiepert, Lieberkühn, Michelet, Ranke, Sonnenschein, Trendelenburg und Werder. Nach zwei Semestern ging en zur medizinischen Fakultät über, um während der folgenden acht Semester die Vorlesungen resp. Kliniken folgender Herren zu besuchen: du Bois-Reymond, Braun, Cohnheim, Frerichs, Griesinger, Guttmann, Hermann, Hofmann, Jüngken, v. Langenbeck, Leber, Lieberkühn, Magnus, Martin, Mitscherlich, Peters, Reichert, Rosenthal, Traube und Virchow. Nachdem er schon am 31. Juli 1867 das Tentamen physicum bestanden hatte, absolvirte er am 19. Juli d. J. das Tentamen rigorosum. —

Für so manche Anregung, die ihm während seiner Studienzeit von so manchem der Herren Professoren und Docenten, unbewusst oder bewusst, zu Theil geworden, sagt er hiermit seinen aufrichtigen Dank.

-30

Druck von Gebrüder Grunert in Berlin, Zimmer-Str. 91.